RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2015 - 2016

Centre intégré de santé
et de services sociaux
de Chaudière-Appalaches

Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2015 - 2016

Adopté par le conseil
d'administration
le 14 juin 2016

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

Le Rapport annuel de gestion 2015-2016 est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante: www.cisss-ca.gouv.qc.ca

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
ISBN 978-2-550-76129-7

COM-2016-072 © Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2016

TABLE DES MATIÈRES

1. Le message des autorités 7

2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents 8

3. La présentation de l'établissement et les faits saillants 9

3.1 Mission 9

3.2 Structure organisationnelle 10

3.3 Conseil d'administration 12

3.4 Code d'éthique et de déontologie 13

3.5 Les comités, les conseils et les instances consultatives 13

3.5.1 Comité de vigilance et de la qualité des services 14

3.5.2 Comité de gestion des risques 14

3.6 Les faits saillants 17

4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité 19

4.1 Suivi auprès des instances pour garantir une déclaration complète et continue des accidents et incidents 19

4.2 Accompagnement personnalisé aux instances pour identifier des solutions durables 19

4.3 Implantation du plan d'action ministériel découlant des recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) en matière de prévention des chutes et des événements liés à la médication 19

4.4 Attentes spécifiques 20

4.5 Engagements de l'établissement en fonction du Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 29

5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité 50

5.1 L'agrément 50

5.2 La sécurité des soins et des services 50

5.2.1 Déclaration et divulgation des incidents et accidents 50

5.2.2 Mesures de contrôle des usagers 50

5.2.3 Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner 51

5.3 Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement 51

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits 52

5.4.1 Mandat de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services 52

5.4.2 Rapport de traitement des dossiers 52

5.5 L'information et la consultation de la population 54

TABLE DES MATIÈRES (suite)

6. L'application de la Loi et de la politique concernant les soins de fin de vie 54

7. L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse 56

8. Les ressources humaines 59

8.1 Ressources humaines de l'établissement 59

8.2 La gestion et contrôle des effectifs 60

9. Les ressources financières 61

9.1 Rapport de la direction 61

9.2 Rapport de l'auditeur indépendant 62

9.3 Résultats financiers 64

9.4 Notes aux états financiers 72

9.4.1 Constitution et mission 72

9.4.2 Principales méthodes comptables 75

9.4.3 Maintien de l'équilibre budgétaire 82

9.4.4 Données budgétaires 82

9.4.5 Placements temporaires 83

9.4.6 Autres débiteurs 83

9.4.7 Emprunts temporaires 84

9.4.8 Autres créditeurs 84

9.4.9 Dettes à long terme 85

9.4.10 Passif au titre des sites contaminés 88

9.4.11 Passif au titre des avantages sociaux futurs 88

9.4.12 Immobilisations corporelles 89

9.4.13 Gestion des risques associés aux instruments financiers 89

9.4.14 Obligations contractuelles 93

9.4.15 Éventualités 93

9.4.16 Opérations avec des parties apparentées 93

9.4.17 Chiffres comparatifs 93

9.5 L'équilibre budgétaire 94

9.6 Les contrats de services 94

10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 94

11. Les organismes communautaires 106

Annexe 111

1. Le message des autorités

Construire et réaliser la transition. C'est le défi auquel les intervenants de notre établissement se sont investis au cours des derniers mois et nous pouvons affirmer avec satisfaction que c'est un défi relevé!

La création du CISSS de Chaudière-Appalaches a constitué un enjeu de taille. Notre nouvelle organisation est imposante avec 12 000 employés répartis dans 105 installations et un budget de près de 900 M $.

Le conseil d'administration a commencé à siéger en novembre avec à sa barre 16 représentants dotés de compétences et d'expertises variées. Des sous-comités au nombre de trois ont été créés en tout respect de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSSS). Il s'agit du comité de vérification, celui de la gouvernance et de l'éthique et le troisième sur la vigilance et la qualité des services. Le travail à accomplir est immense, mais la volonté de ses membres est palpable. Un gage de réussite pour l'avenir qui se construit.

La constitution des équipes d'encadrement et des différentes instances ont été les premiers jalons qui nous ont menés vers la mise en place de notre nouvelle structure organisationnelle. Les directions nouvellement créées ont développé leur offre de service, parfois avec une certaine mouvance de personnel, mais toujours dans un objectif d'efficience. Cette période de changements majeurs s'est traduite par des démonstrations exemplaires de professionnalisme et de dévouement de la part de tous les membres du personnel et des gestionnaires auxquels nous adressons nos sincères remerciements. Nous avons constaté avec fierté qu'à travers cette fusion, l'usager est demeuré au cœur des priorités. Au-delà de cette réorganisation, tous ont continué d'offrir des services humains et de qualité.

Des dossiers majeurs se sont démarqués en cours d'année tels que l'annonce de la construction d'un centre régional intégré de cancérologie (CRIC) et la mise en application de la Loi concernant les soins de fin de vie. Le CISSS de Chaudière-Appalaches a aussi rayonné. En effet, des distinctions ont été décernées en cours d'année. Mentionnons le Grand prix Innovation clinique de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec décerné au constat de décès à distance par les infirmières ainsi que le Prix québécois de cancérologie 2015 décerné au département de pharmacie régional. Notre expertise en matière de gestion du risque incendie dans les résidences pour personnes âgées s'est démarquée à la grandeur du Québec puisque nous assumons avec fierté le leadership en la matière grâce à un programme de formation destiné aux propriétaires ainsi qu'aux résidents.

Nous ne pouvons passer sous silence la contribution inestimable de nos centaines de bénévoles et représentants des vingt fondations associées à l'établissement qui ont maintenu le cap en continuant de s'investir pour le mieux-être de nos usagers. Notre organisation s'engage à leur fournir le soutien nécessaire à l'accomplissement de leur mission qui constitue, sans contredit, une richesse de notre établissement.

La prochaine année s'annonce tout aussi fructueuse en projets et avancées. Fort du bilan de cette première année d'opération, c'est avec enthousiasme que nous l'entamons.

Brigitte Busque,
présidente du conseil d'administration

Daniel Paré,
président-directeur général

2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

L'information et les résultats contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au long de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. Je me suis également assuré que des travaux soient réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats et plus spécifiquement au regard de l'Entente de gestion et d'imputabilité.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2015-2016 du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2016.

Le président-directeur général,

Daniel Paré

3. La présentation de l'établissement et les faits saillants

3.1 Mission

Voici les responsabilités du CISSS de Chaudière-Appalaches, telles qu'elles ont été définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- Établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau;
- Intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit du RTS.

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CISSS de Chaudière-Appalaches doit :

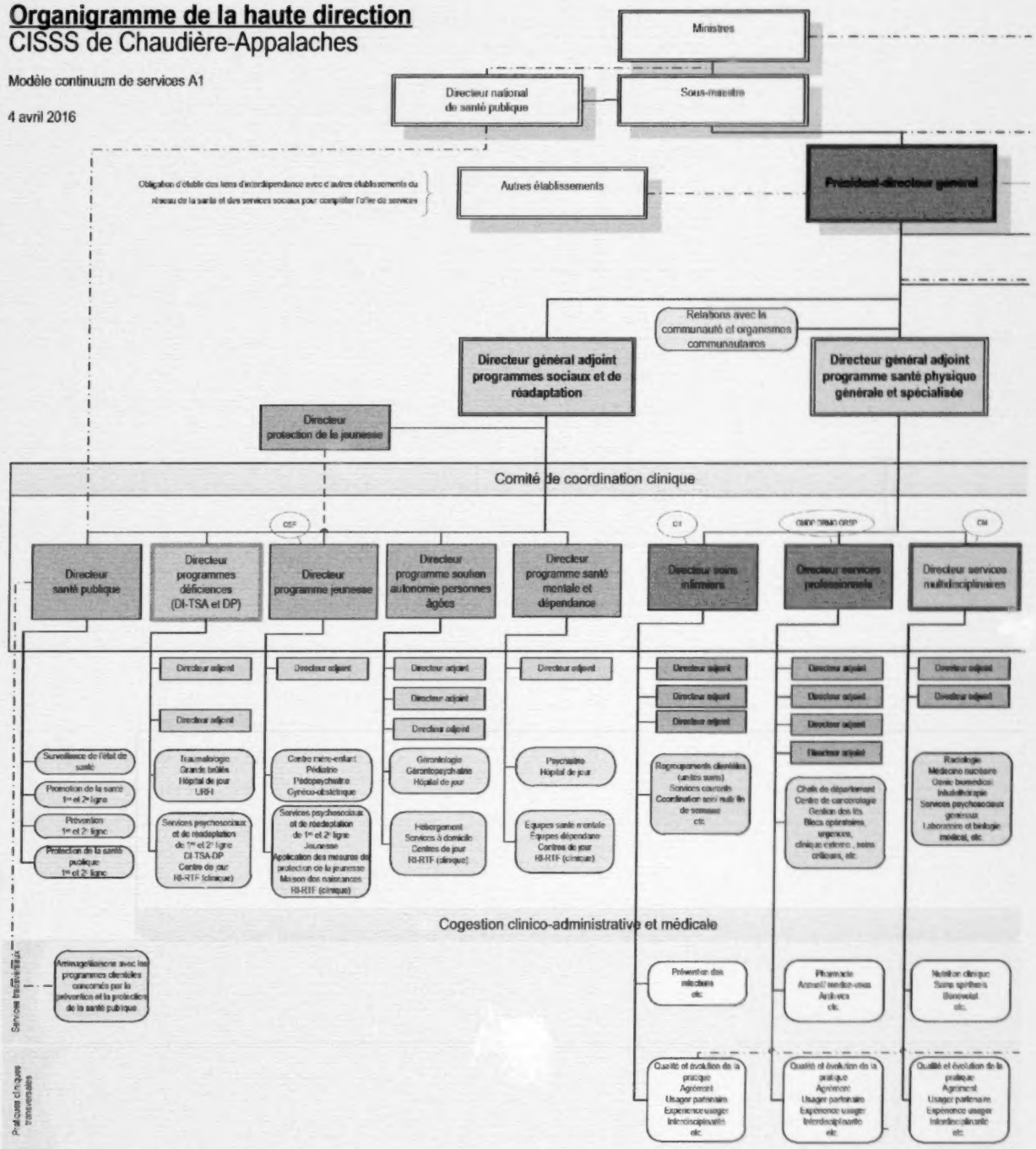
- Être au cœur d'un RTS;
- Assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Assumer une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- Veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CLSC, hôpital, centre d'hébergement, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre de réadaptation), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- Conclure des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques-réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

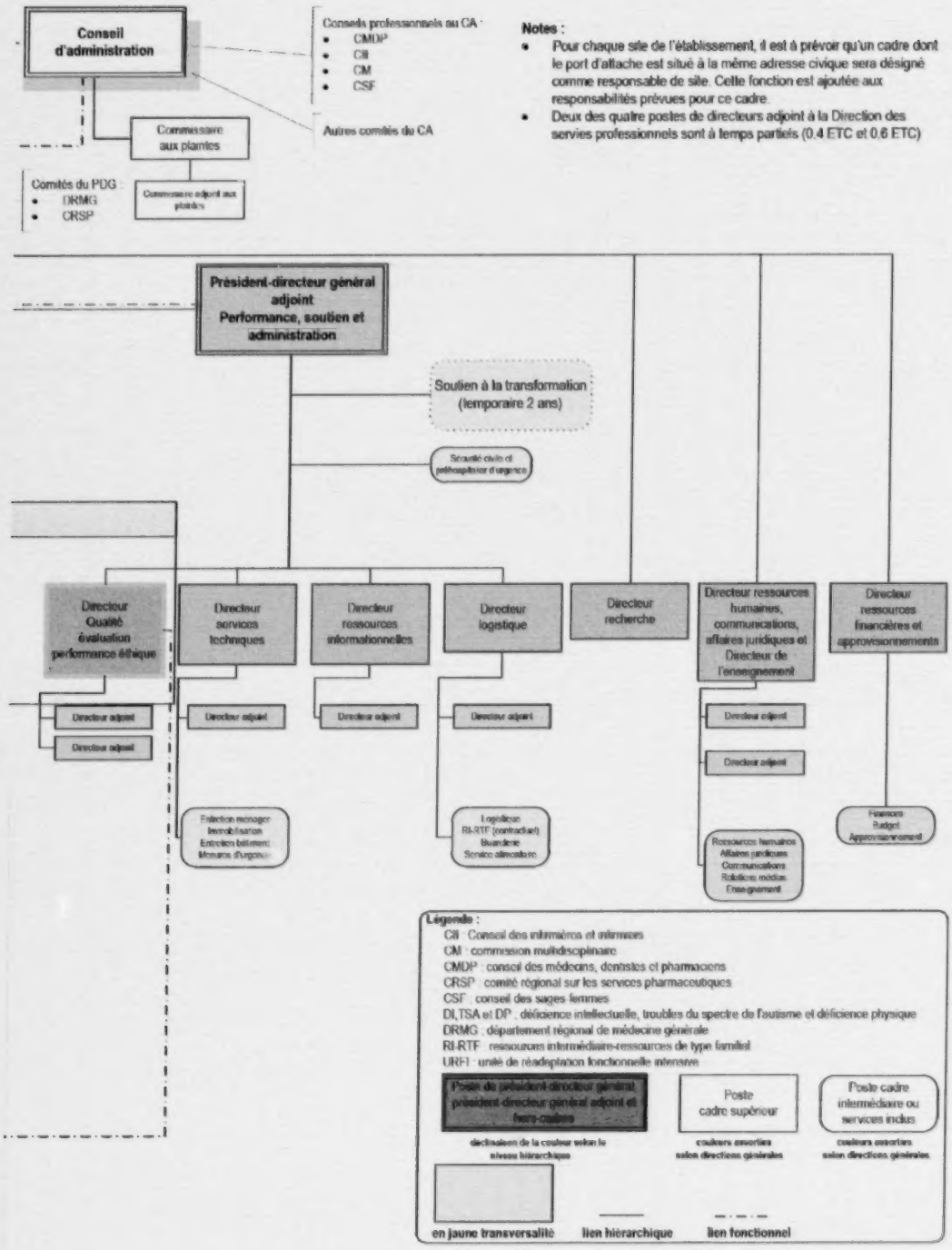
3.2 Structure organisationnelle

Organigramme de la haute direction
CISSS de Chaudière-Appalaches

Modèle continuum de services A1

4 avril 2016





Notes :

- Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.
- Deux des quatre postes de directeurs adjoint à la Direction des servies professionnels sont à temps partiels (0.4 ETC et 0.6 ETC)

3.3 Conseil d'administration

Le conseil d'administration est imputable, avec le président-directeur général, des responsabilités confiées au CISSS de Chaudière-Appalaches et de l'actualisation des orientations nationales. Le 1er octobre dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, ainsi que la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, madame Lucie Charlebois, ont annoncé la nomination des membres indépendants et des membres représentant les organismes du milieu de l'enseignement du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches, conformément à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Tous les candidats ont été sélectionnés en tenant compte de différents critères, comme la parité femmes/hommes, la représentativité des différentes parties du territoire couvert par chaque établissement, de même que la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble de ses usagers. En ce qui concerne plus spécifiquement les membres indépendants, les candidates et les candidats choisis devaient également satisfaire à certaines exigences quant à leur profil de compétences, d'expertise et d'expérience dans divers domaines, notamment en gouvernance, en gestion des risques, finance et comptabilité, en ressources immobilières, informationnelles ou humaines, en protection de la jeunesse, en santé mentale ou à titre d'usager des services sociaux. Le ministre s'est également assuré que les conditions requises pour agir à titre de membre indépendant au sein d'un conseil d'administration sont respectées.

Le conseil d'administration a tenu quatre (4) séances ordinaires et une rencontre de formation au cours de l'année 2015-2016.

Les officiers du conseil d'administration sont :

- Mme Brigitte Busque, présidente;
- Mme Josée Caron, vice-présidente;
- M. Daniel Paré, secrétaire.

Les membres du conseil d'administration sont :

- M. Normand Baker, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité;
- M. Denis Beaumont, expérience vécue à titre d'usager des services sociaux;
- M. Denys Bertrand, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Mme Brigitte Busque, présidente, compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines;
- Mme Josée Caron, compétence en gouvernance ou éthique;
- Mme Diane Fecteau, comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP);
- Mme Suzanne Jean, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité;
- Mme Maryan Lacasse, conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- M. Michel Langlais, comité des usagers (CU);
- Dr Ghislain Lepage, représentant des fondations;
- M. Jérôme L'Heureux, représentant en protection de la jeunesse;
- M. Jean-François Montreuil, milieu de l'enseignement;
- M. Pierre Naud, conseil multidisciplinaire (CMULTI);
- M. Daniel Paré, président-directeur général;
- Dre Anne-Marie Savoie, département régional de médecine générale (DRMG);
- M. Rosaire Simoneau, organismes communautaires;
- Monsieur Yvan St-Hilaire, expertise en santé mentale.

Absence de désignation : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

De gauche à droite : M^me Suzanne Jean, M. Daniel Paré, M^me Brigitte Busque, M^me Josée Caron, M. Denis Beaumont, M. Pierre Naud, M. Normand Baker, M. Jean-François Montreuil, M. Michel Langlais, D^re Anne-Marie Savoie, M^me Diane Fecteau, M^me Maryan Lacasse, D^r Ghislain Lepage et M. Yvan St-Hilaire. Absents sur la photo: M. Jérôme L'Heureux, M. Denys Bertrand, M. Rosaire Simoneau

3.4 Code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, présenté en annexe, a été adopté le 1er mars 2016. Pour l'année 2015-2016, aucune situation de manquement à ce code n'a été signalée, aucune décision ni sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

Vous pouvez consulter le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches sur la page suivante de notre site Web :
http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/le-cisss-de-chaudiere-appalaches/conseil-dadministration

3.5 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Voici la liste des sous-comités du conseil d'administration :

- Comité de gouvernance et d'éthique;
- Comité de vérification;
- Comité de vigilance et de la qualité des services.

Voici la liste des conseils professionnels de l'établissement :

- Conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Conseil multidisciplinaire (CMULTI);
- Conseil des sages-femmes.

Autres comités :

- Comité d'éthique et de la recherche;
- Comité de gestion des risques;
- Comité des résidents;
- Comité des usagers;
- Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP);
- Comité d'accès aux services en langue anglaise;
- Département régional de médecine générale (DRMG).

3.5.1 Comité de vigilance et de la qualité des services

Lors de la séance du conseil d'administration du 11 novembre 2015, les membres ont nommé messieurs Denis Beaumont, Normand Baker et Michel Langlais au comité de vigilance et de la qualité, en respect du règlement sur la régie interne du conseil d'administration (REG-CA2015-001.A).

Monsieur Normand Baker a été nommé à titre de président du comité de vigilance et de la qualité des services, lors de la séance du conseil d'administration du 27 janvier 2016. Lors de la rencontre du 14 janvier 2016, les membres du comité ont élaboré le calendrier des réunions 2016-2017 et structuré leur organisation afin qu'y soient présentés les rapports liés à la qualité dans plusieurs secteurs, dont :

- Rapport de la gestion des risques;
- Rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Rapports externes, tels que le coroner, le protecteur du citoyen, la commission des droits de la personne et de la jeunesse, le curateur, etc.;
- Suivi des visites des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des résidences pour personnes âgées (RPA);
- Évolution de la démarche d'agrément.

Pour l'année du 2015-2016, aucune recommandation n'a été formulée par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

3.5.2 Comité de gestion des risques

À la suite de la fusion des établissements de santé sur le territoire de Chaudière-Appalaches, un comité de gestion des risques du CISSS de Chaudière-Appalaches a été formé en suivi de l'adoption du Règlement du comité de gestion des risques (REG-CA2016-008), le 29 janvier 2016. Les membres du comité de gestion des risques ont participé au programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques et ont tenu une rencontre régulière en 2015-2016. Vous trouverez, ci-dessous, les principaux dossiers traités lors de cette rencontre.

Gravité des événements

Des 19 167 événements déclarés par le biais d'un formulaire AH-223, 2 755 n'ont pas atteint l'usager et sont, nommément, des incidents, tandis que 16 412 événements l'ont atteint, ce qui constitue des accidents. Le législateur définit ce terme par « toute situation qui a touché l'usager, que celle-ci ait donné lieu ou non à des conséquences pour ce dernier ». Auparavant, les événements sans conséquence pour l'usager étaient inscrits comme un « incident ».

Des 16 412 accidents (gravités C, D, E1, E2, F, G, H ou I), 2 873 événements, soit 40 %, concernent des chutes, et 1 921 événements, soit 29 %, impliquent l'administration d'un médicament.

Les accidents dont la gravité va de modérée à grave (gravités E2 et plus) pour l'usager représentent 439 événements accidents, soit 2 % de tous les événements déclarés.

Par ailleurs, 30 événements (1 %) sont nommément des accidents sentinelles. On entend par accident sentinelle, « tout événement ayant provoqué des conséquences très graves pour l'usager (gravités G, H ou I) ». Ces événements ont fait l'objet d'une analyse approfondie et de recommandations qui sont, pour la plupart, mises en place.

Suivi des événements sentinelles et mesures correctives

Un événement sentinelle est « un événement qui a eu, ou aurait pu avoir, des conséquences catastrophiques, ou encore, un événement qui se produit à une grande fréquence même s'il n'est pas à l'origine de conséquences graves ». Conformément à cette définition, puis avec l'adoption de la politique de déclaration des incidents ou accidents de janvier 2016, nous effectuons aussi les analyses approfondies pour les accidents de gravité F. Certains établissements effectuaient aussi des analyses approfondies à partir de la gravité E2.

En 2015-2016, 124 événements ont été identifiés pour une analyse approfondie. Un sommaire de ces événements a été présenté au comité de gestion des risques et il est prévu que la présentation des événements sentinelles soit un point statutaire à l'ordre du jour de prochaines rencontres du comité.

Le comité de gestion des risques doit s'assurer qu'une analyse approfondie soit effectuée pour tout événement sentinelle et que des mesures correctives soient identifiées.

En 2015-2016, 146 mesures correctives ont été identifiées et recommandées pour améliorer la sécurité et la qualité des soins aux usagers. Elles concernent les points suivants :

- À la suite d'incidents impliquant du matériel chirurgical :
  - Révision de la politique de stérilisation;
  - Élaboration d'un programme de formation et d'orientation au personnel;
  - Révision et validation des procédures de retraitement des dispositifs médicaux afin qu'elles soient conformes aux instructions du fabricant.

- À la suite d'une désorganisation comportementale d'usagers en milieux de soins :
  - Élaboration d'un protocole d'entente de collaboration avec le service de police de la Ville de Lévis;
  - Révision du plan d'aménagement de l'aile sécurisée pour améliorer la sécurité de la clientèle et de notre personnel.

- À la suite d'erreurs de médication :
  - Réviser la procédure de double vérification indépendante de la médication.

- À la suite de chutes ayant causé des préjudices aux usagers :
  - Réévaluer le risque de chute et ajuster le PTI selon l'évolution de la condition de l'usager et les recommandations des intervenants;
  - Réviser avec le personnel l'évaluation et le suivi post-chute;
  - Former le personnel pour le premier lever et la verticalisation à la suite d'une chirurgie.

- À la suite d'un étouffement dans une ressource intermédiaire :
  - Diriger le résident dans un centre hospitalier pour évaluation lorsque la manœuvre d'Heimlich a été appliquée au résident.

- À la suite de blessures causées par un équipement :
  - Revoir la disposition du mobilier dans les salles communes en CHSLD;
  - Ranger le matériel non utilisé;
  - Réviser la formation et le guide d'utilisation adressés au corps médical pour l'utilisation d'un équipement de chirurgie;
  - Aviser Santé Canada à propos des risques liés à la conception déficiente de l'équipement.

L'analyse de 16 événements sentinelles de 2015-2016 est à débuter. En fait, 63 % des mesures visant à prévenir la récurrence ont été mises en place, soit 93 mesures sur 146 et les 53 autres sont en attente de suivi dans les délais prescrits.

Suivi des situations à risques

Au cours de la dernière année, 24 situations à risque ont été analysées par le Service de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services. Parmi ces situations à risque, 18 dossiers sont maintenant complétés et les recommandations sont mises en œuvre.

Suivi des alertes

La responsabilité du traitement des alertes a été centralisée à la gestion des risques de manière à ce qu'aucune alerte ne soit omise ou non traitée. Le Service de la gestion des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services planifie le déploiement d'une application informatique, déjà utilisée à l'Hôtel-Dieu de Lévis, pour tout le CISSS de Chaudière-Appalaches. Cette application permet d'informer les différents milieux de services lorsqu'une alerte médicale ou un rappel les concernent, et du même coup, assure le suivi des alertes, optimise la communication entre les secteurs touchés et assure la conservation des documents prouvant la gestion adéquate de ces alertes par l'établissement.

En 2015-2016, 43 alertes ont été acheminées au CISSS de Chaudière-Appalaches. Le suivi a été finalisé pour 31 d'entre elles, et 12 alertes sont toujours en cours de suivi.

Informations provenant des comités partenaires

Sécurité transfusionnelle

Au cours de l'année 2015-2016, 6 871 produits sanguins ont été administrés au CISSS de Chaudière-Appalaches. La responsabilité des activités concernant la sécurité transfusionnelle appartient aux chargés clinique et technique du Service régional de sécurité transfusionnelle. Un bilan des rapports d'incidents et d'accidents transfusionnels survenus dans notre établissement, au cours de l'année, a été présenté aux membres du comité. On entend par incident ou accident transfusionnel toute erreur survenue dans le processus transfusionnel, qu'elle ait été ou non détectée avant la transfusion. Pour 2015-2016, un total de 12 erreurs transfusionnelles ont été déclarées dont 3 ont fait l'objet d'une déclaration au système d'hémovigilance provincial.

Prévention et contrôle des infections

La chef du service de prévention et contrôle des infections participe au comité et dresse régulièrement le portrait sommaire des infections nosocomiales qui font l'objet d'un suivi au sein de l'établissement. Le suivi des principaux indicateurs y est présenté.

Au cours de l'année 2015-2016, le taux de bactériémies nosocomiales établi à 0,56 patients-périodes a été respecté pour 3 de nos 4 hôpitaux. Seul l'Hôpital de Montmagny est en dépassement avec 0,58 patients-périodes.

Tous les hôpitaux respectent les taux établis pour les bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC).

En ce qui a trait aux diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD), seuls l'Hôpital de Thetford Mines et l'Hôtel-Dieu de Lévis respectent leurs taux établis. L'Hôpital de Saint-Georges est en dépassement avec un taux de 12,5 alors que son taux établi est de 6,3. L'Hôpital de Montmagny a un taux d'incidence de 5,2 par 10 000 patients-jours alors que leur

seuil est de 4,4. Toutefois, l'intervalle de confiance du taux de l'établissement varie de 3,8 à 5,0. Dès lors, on ne peut pas affirmer que l'établissement dépasse le seuil de 4,4.

Les mesures prévues pour corriger ou améliorer la situation dans les établissements ont été prises en charge, en respect de la nouvelle gouverne en prévention et en contrôle des infections, lors de rencontres sous forme de « Comité local de gestion de crise » en collaboration avec la Direction de santé publique, afin de poursuivre un plan d'action pour le contrôle de ces éclosions. Un suivi continu des indicateurs permet d'assurer la pérennité des actions entreprises.

3.6 Les faits saillants

Entreprise en santé

La santé et le mieux-être des employés est au cœur des priorités de l'établissement qui a choisi d'adhérer à la démarche Entreprise en santé. Déjà implantée dans trois anciens établissements, c'est maintenant l'ensemble de l'organisation qui passe à l'action dans l'objectif d'obtenir une certification unifiée.

Gestion du risque de sécurité incendie en résidences pour personnes âgées

L'expertise développée en Chaudière-Appalaches en matière de gestion du risque incendie dans les résidences pour personnes âgées s'est démarquée au niveau provincial. Le CISSS de Chaudière-Appalaches assume avec fierté le leadership québécois en la matière grâce à un programme de formation qui est aujourd'hui déployé auprès des propriétaires de résidences ainsi qu'aux résidents.

Des travaux un peu partout sur le territoire

- Inauguration des travaux de rénovation du Centre d'hébergement de Sainte-Croix, réalisés au coût de 2 M $;
- Inauguration du complexe santé Lévis-Les Rivières qui améliore l'offre de service de première ligne pour les usagers du territoire. Une collaboration du groupe de radiologistes de Lévis;
- Un projet d'efficacité énergétique visant à réduire la consommation d'énergie et les émissions de gaz à effet de serre dans seize des installations de l'établissement à Lévis, a été développé et permettra de générer, à terme, des économies de 820 000 $ par année;
- Inauguration d'un nouveau local de consultation pour les résidents en psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Incendie à l'Hôpital de Montmagny : une solidarité tangible

En juin 2015, un incendie a détruit le laboratoire de biologie médicale et fait des dommages collatéraux dans les secteurs de l'imagerie médicale et du bloc opératoire de l'Hôpital de Montmagny. Le dévouement et le sentiment d'appartenance de tous les intervenants qui se sont impliqués à différents niveaux pour faire face aux défis multiples de la situation ont permis de relever un défi digne de mention.

Préparation du dossier Agrément

Depuis la fusion des établissements, le CISSS de Chaudière-Appalaches est le second établissement du Québec à accueillir les visiteurs d'Agrément Canada. La visite qui s'est déroulée en mai 2016, a nécessité de déployer les énergies pour établir les nouveaux corridors de services afin de favoriser une meilleure accessibilité possible au bénéfice des usagers du territoire.

Prix Innovation clinique Banque Nationale 2015 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour le projet « Contribution de l'infirmière lors d'un constat de décès à distance » : Prix régional et Prix national

Le prix Innovation clinique Banque Nationale 2015, décerné par l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches (ORIICA), a été remporté par une équipe du secteur Alphonse-Desjardins pour le projet « Contribution de l'infirmière lors d'un constat de décès à distance ». Ce projet permet à des infirmières de devenir des ressources pivot en cas de décès attendu d'un usager ayant une ordonnance de non-réanimation, survenant en soins à domicile, en milieu d'hébergement ou hospitalier.

Prix québécois de cancérologie 2015 décerné aux pharmaciens en oncologie

Le 20 novembre 2015, la Direction québécoise en cancérologie tenait son congrès annuel sur les « Pratiques exemplaires du réseau de cancérologie du Québec ». Les pharmaciens en oncologie du Département de pharmacie régional s'y sont vus décerner l'un des « Prix québécois de cancérologie 2015 » pour le projet « Amélioration de l'offre de service en pharmacie oncologique » au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Prix d'excellence de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) à trois thérapeutes en réadaptation physique

À l'occasion du congrès annuel de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) qui s'est tenu le 13 novembre 2015, trois thérapeutes en réadaptation de l'établissement ont remporté le prix excellence de l'OPPQ. Mesdames Claudette Faucher, Audrey Labbé et Josée Lacroix, thérapeutes en réadaptation physique ont mérité les grands honneurs pour l'organisation du colloque en réadaptation physique de la région de la Chaudière-Appalaches.

Annonce du Centre régional intégré en cancérologie

Le premier ministre du Québec, Philippe Couillard, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette et la ministre responsable de la région de la Chaudière-Appalaches, Dominique Vien, étaient présents le 8 octobre 2015, pour annoncer la construction d'un centre régional intégré de cancérologie (CRIC), à l'Hôtel-Dieu de Lévis. La nouvelle construction réunira sous son toit, l'ensemble des facettes du continuum de soins liés au cancer, notamment les services de consultations médicales et professionnelles, les traitements de radio-oncologie et d'hémato-oncologie, la pharmacie en oncologie, les services de soutien en soins palliatifs ainsi que les activités de prévention, de dépistage, de recherche et d'enseignement.

L'Info-Social : La porte d'entrée des services psychosociaux

En novembre 2015, l'établissement a mis en place sa centrale Info-Social qui permet à la population d'avoir accès, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à un intervenant social disponible pour régler toutes les crises psychosociales ou les demandes d'information.

Un guichet d'accès pour les services spécialisés

Depuis la mi-novembre, toutes les demandes de services spécialisés tels la déficience intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme et la déficience physique sont traitées par une équipe centrale de Lévis. Ce nouveau processus d'accueil améliorera les services offerts aux usagers en les référant et en les dirigeant efficacement dès la prise en charge de leur demande.

4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

4.1 Suivi auprès des instances pour garantir une déclaration complète et continue des accidents et incidents

Tout au long de l'année, l'établissement a assuré un suivi étroit auprès de ses instances pour garantir une déclaration complète et continue des accidents et incidents. Ce suivi s'est traduit par l'analyse en continue de toutes les déclarations effectuées, les corrections aux défauts de saisies, le suivi et la transmission du taux de déclaration périodique aux employés, aux gestionnaires, aux médecins, au comité de gestion des risques, au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration (tendance comparée avec les autres années). Le taux de déclaration périodique a aussi été publié dans l'intranet de l'établissement et de la formation en continue et à l'embauche a été dispensée à propos de la procédure de déclaration et du formulaire AH-223.

4.2 Accompagnement personnalisé aux instances pour identifier des solutions durables

La mise en place d'un système novateur de management de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services (GIR-PSSS) a permis la dotation de sept postes de conseillères en GIR-PSSS permettant d'assurer un accompagnement personnalisé à ses instances réparties sur l'ensemble du territoire de Chaudière-Appalaches. Chacune des conseillères dessert un secteur, parfois plus d'une conseillère est attitrée à un secteur en fonction du volume de la clientèle et de la nature des activités à risques. Chacun des évènements sentinelles est analysé en équipe à l'endroit où il a eu lieu avec l'aide d'une conseillère en GIR-PSSS. Un plan d'action est mis en place et suivi par l'équipe et la conseillère en GIR-PSSS pour évaluer l'efficacité des solutions durables implantées.

4.3 Implantation du plan d'action ministériel découlant des recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) en matière de prévention des chutes et des événements liés à la médication

La mise en place d'un système novateur de management de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services (GIR-PSSS) a permis la création d'un comité d'experts aviseurs des domaines de risques critiques ou émergents. Ce comité a pour mandat, entre autres, d'identifier les modalités permettant l'implantation des recommandations issues du GVSS. Il est composé de conseillers cadres experts des domaines de risques étudiés et de gestionnaires de programmes. À titre d'exemple, le comité a débuté des travaux sur la mise en place de la pratique des tournées intentionnelles auprès de la clientèle âgée, recommandation issue du GVSS. Les travaux mis de l'avant par le comité soutiennent notamment différentes approches organisationnelles dont celle de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA), la culture juste de sécurité, l'approche usager-partenaire, etc.

Également, le système de GIR-PSSS prévoit le développement continu des connaissances des conseillères à la GIR-PSSS, autre recommandation du GVSS. À cet effet, l'ensemble des conseillères a reçu cette année plusieurs formations liées à l'analyse de processus, l'animation d'équipe de travail, les différents outils et approches d'amélioration continue puis les meilleures pratiques en matière de système de management de GIR-PSSS selon la norme ISO : 31000 et de la Haute Autorité de Santé (France).

4.4. Attentes spécifiques

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 1	Mise en œuvre de la Loi	
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
1.1 Procédures internes du conseil d'administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CMULTI) - (CII)	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.3 Examen des plaintes	Processus adopté pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.4 Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.8 Programme d'accès en langue anglaise	ANNULÉ	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.9 Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 1	Mise en œuvre de la Loi – Commentaires (Suite)

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Conformément aux attentes spécifiques 2015-2016, l'ensemble des biens livrables de la mise en œuvre Loi ont été réalisés avec rigueur et la collaboration de tous les partenaires impliqués. Les actions découlant des biens livrables sont en vigueur, elles soutiennent l'organisation et la gouvernance de l'établissement.

Les règlements et procédures du conseil d'administration ont été révisés et sont en application.

Pour répondre aux besoins des réseaux territoriaux, le CISSS de Chaudière-Appalaches met en place plusieurs concertations territoriales animées par les programmes services clientèles tels que les programmes services en santé publique, aînés, santé mentale, DI-TSA-DP et dépendances avec la participation des gestionnaires et employés de l'établissement.

Les activités réalisées par ces concertations se traduisent dans plusieurs plans d'action ainsi que par la réalisation de lac-à-l'épaule ou journées de consultation. Les ordres du jour et les comptes rendus sont conservés par notre organisation.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 2	Santé publique

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement des résultats
2.1 Priorité régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

2.1 : La collecte des informations nécessaires pour compléter les bilans qualitatifs demandés est en cours.

L'information sera colligée dans les gabarits transmis précédemment par le MSSS en respectant les consignes précisées à la Table de concertation nationale promotion/prévention (TCNPP) du 10 mars 2016.

L'échéancier pour transmettre les informations sera respecté, ainsi, les bilans complétés seront acheminés au MSSS d'ici le 31 mai 2016.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 3	Services sociaux	
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille	Validation des grilles	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.3 Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signée avec les autres établissements, le cas échéant	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ■ Pas concerné
3.5 Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la Table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.6 Personnes aînées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.7 Personnes aînées - L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.8 Personnes aînées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.9 Personnes aînées - Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les appuis régionaux	État de situation	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

3.1 :

Accueil, analyse, orientation et référence (accessibilité 60 h par semaine)	Réalisé
Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	Réalisé
Intervention de crise dans le milieu 24/7	Réalisé
Consultation sociale	Réalisé
Consultation psychologique	Réalisé
Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	Réalisé

3.2 : La validation des grilles sera réalisée pour l'échéancier révisé, car le MSSS a modifié la date de validation initialement prévue le 31 mai 2016 pour le 17 juin 2016.

3.5 :

Dépendance – Services de détection et d'intervention précoce en dépendance

Ces services sont déployés dans les cinq points de service de Chaudière-Appalaches (anciens CSSS). Le taux de détection et d'intervention précoce en dépendance est de 86 % (moyenne régionale). Nous comptons déployer une procédure, déjà existante dans deux secteurs, pour l'ensemble de la région.

Structure de transfert de connaissances et de diffusion des meilleures pratiques

Un service de coordination (soutien) clinique est déployé pour l'ensemble des secteurs de Chaudière-Appalaches.

Service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)

Ce service est déployé dans la région de Chaudière-Appalaches. Depuis le 25 novembre 2015, nous avons consolidé ce service afin de le rendre autonome du service Info-Santé.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 4 — Services de santé et médecine universitaire

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
4.1 Accès aux services spécialisés	ANNULÉ	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.3 Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.6 Continuum de services en cardiologie (suivi)	ANNULÉ	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

4.3 : Il y a 18 GMF sur 18 qui ont acheminé au MSSS leur demande d'accréditation au nouveau programme de financement des GMF et ils ont tous obtenu une réponse favorable du MSSS. Deux GMF sont en processus d'accréditation et devraient recevoir leur réponse en octobre 2016. Les délais ont été respectés par tous les GMF. Le transfert de ressources professionnelles est en cours.

4.4 : Réalisé à 100 %. Pour donner suite à la visite ministérielle de désignation du centre secondaire en AVC à Lévis, l'état de situation a été transmis au MSSS en incluant les actions requises.

4.5 : Une lettre confirmant la mise en place des positions de la Loi concernant les soins de fin de vie a été transmise sous la signature de monsieur Daniel Paré, président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches.

4.7 : Réalisé à 100 %. Plan d'action transmis au MSSS.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 5 — Finances, immobilisations et budget

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

5.1 : Dans le cadre du projet d'efficacité énergétique en cours de réalisation à l'Hôtel-Dieu de Lévis, une des mesures qui sera implantée a pour objectif de raccorder de nouvelles charges de climatisation pour donner suite à l'ajout des nouvelles thermopompes sur l'un des circuits de refroidissement déjà en place.

Cette mesure prévoit le raccordement du circuit de refroidissement des compresseurs de la cuisine ainsi que de deux unités de ventilation. Jusqu'à présent, ces équipements étaient raccordés au réseau d'eau potable pour leur refroidissement. La chaleur ainsi récoltée sera redistribuée en chauffage à travers l'établissement.

Par cette mesure, approximativement 19 millions de litres d'eau seront économisés annuellement, soit l'équivalent de cinq piscines olympiques.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 6 — Coordination

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1- Plan de travail	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ■ Pas concerné
	2- Bilan des activités	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ■ Pas concerné

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 7	Planification, performance et qualité

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/ RLS	ANNULÉ	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Tout au long de l'année, l'établissement a assuré un suivi étroit auprès de ses instances pour garantir une déclaration complète et continue des accidents/incidents notamment par l'analyse en continue de toutes les déclarations effectuées, les corrections aux défauts de saisies, le suivi et la transmission du taux de déclaration périodique aux employés, gestionnaires, médecins, comité de gestion des risques, comité de vigilance et de la qualité et conseil d'administration (tendance comparée avec les autres années) dans l'intranet et de la formation en continue et à l'embauche sur la procédure de déclaration et le formulaire AH-223.

La mise en place d'un système novateur de management de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services (GIR-PSSS) a permis la dotation de sept postes de conseillères en GIR-PSSS afin d'assurer un accompagnement personnalisé à ses instances réparties sur l'ensemble du territoire de Chaudière-Appalaches. Chacune des conseillères dessert un territoire, et parfois plus d'une conseillère est attitrée à un territoire en fonction du volume de la clientèle et de la nature des activités à risques. Chacun des évènements sentinelles est analysé en équipe à l'endroit où il a eu lieu avec l'aide d'une conseillère en GIR-PSSS. Un plan d'action est mis en place et suivi par l'équipe et la conseillère en GIR-PSSS pour évaluer l'efficacité des solutions durables implantées.

Lors de la première séance du comité de vigilance et de la qualité des services, le calendrier des réunions 2016-2017 a été établi ainsi que la liste des rapports qui seront présentés lors des séances, soit :

- Rapport de la gestion des risques;
- Rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Rapports externes, tels que le coroner, le protecteur du citoyen, la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, le curateur, etc.;
- Suivi des visites des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des résidences pour personnes âgées (RPA);
- Évolution de la démarche d'agrément.

Pour l'année 2015-2016, aucune recommandation n'a été formulée par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 8 — Technologies de l'information

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	☐ Réalisé ■ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1- Nom du responsable DMÉ	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2- Plan de soutien	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.4 Rehaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.5 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1- Planification triennale des projets et activités en RI	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2- Programmation annuelle des projets et activités en RI	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	3- Bilan annuel des réalisations en RI	☐ Réalisé ■ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	4- État de santé des projets	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1- État des lieux	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2- Plan d'action pour le regroupement des RI	■ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.7 Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	☐ Réalisé ■ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.8 Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	☐ Réalisé ■ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 8	Technologies de l'information - commentaires (suite)

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

8.2 : Première rencontre de migration du DCI vers Cristal-Net le 15 juin 2016.

8.3.1 : Personne responsable : Élise Martin.

8.4 : En attente de la solution provinciale unique.

8.5.1 : Un portrait des ressources informationnelles et un plan d'action ont été déposés en cours d'année au ministère.

8.5.3 : Le BARRI sera finalisé en date du 30 juin 2016.

8.7 : Un plan de mitigation a été déposé et les postes seront migrés pour le 30 juin 2016.

8.8 : Politique des incidents adoptée en janvier 2016. Le comité de sécurité a été mis en place en mars 2016 et la politique de sécurité sera adoptée à l'automne 2016. Cette politique a été écrite conjointement entre les régions 03 et 12.

4.5 Engagements de l'établissement en fonction du Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Légende : Augmentation résultat - amélioration : ↑
Augmentation résultat - détérioration : ↑
Diminution résultat - amélioration : ↓
Diminution résultat - détérioration : ↓
Résultat stable : →

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Sécurité et pertinence
Objectif de résultats	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.01.19.01-PS : Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	50 %	100 %	75 %
1.01.19.02-PS : Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	75 %

Commentaires

2015-2016

Bactériémies nosocomiales à SARM : les taux sont respectés dans 3 de nos 4 établissements (75 %).

- L'Hôpital de Montmagny, est en dépassement avec un taux de 0,58 comparativement à un taux établi de 0,56.

Diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) : les taux sont respectés dans 3 de nos 4 établissements (75 %).

- L'Hôpital de St-Georges est en dépassement avec un taux de 12,5 comparativement à un taux établi de 6,3.

Mesures prévues pour corriger ou améliorer la situation :

- En fonction de la nouvelle gouverne en pévention en contrôle des infections, des rencontres sous forme de « Comité local de gestion de crise » en collaboration avec la Direction de santé publique ont eu lieu durant l'année financière afin de poursuivre un plan d'action pour le contrôle de ces éclosions. Un suivi continu des indicateurs permet d'assurer la pérennité des actions entreprises.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Prévention des infections
Objectif de résultats	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

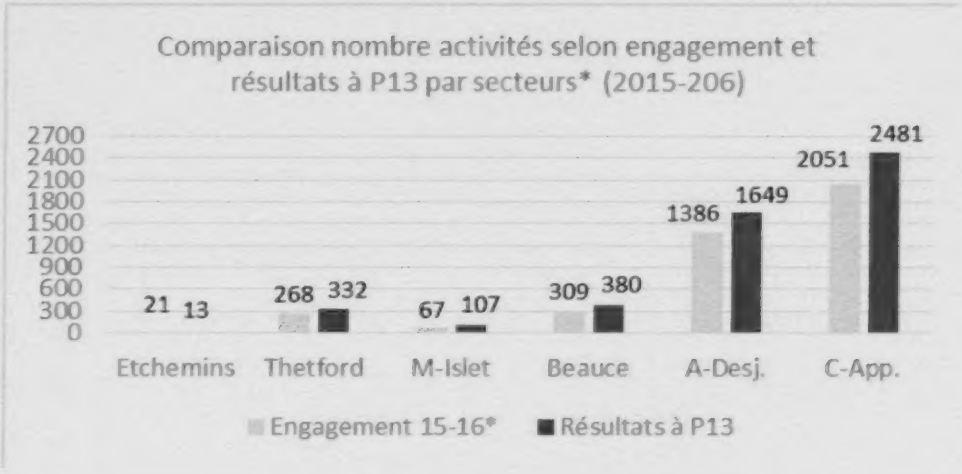
Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.01.24-PS : Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans		2 051	2 481

Commentaires

2015-2016

La cible est atteinte et même dépassée avec 2 481 activités de dépistage réalisées pour ce groupe de la population dans la région, soit plus de 400 activités de dépistage de plus qu'attendu. La région est ainsi en bonne voie d'atteindre l'objectif visé pour 2 020 de 2 359 activités de dépistage.

De façon plus détaillée, tous les secteurs dépassent leur cible, sauf pour le secteur des Etchemins auquel il manque moins de 10 dépistages pour atteindre la cible prévue.



* Engagement selon document transmis par DQEPE pour bilan de l'EGI (31 mars 2016) correspond aux résultats obtenus par chacun à P13 en 2014-2015.

Des changements de pratique des infirmières scolaires (disponibilité de nouveaux outils de dépistage) ont permis la forte croissance observée dans le nombre d'activités de dépistage réalisées. Il est toutefois peu probable qu'une croissance de la même amplitude se poursuive l'an prochain. Le défi sera donc de maintenir ces bons résultats. Finalement, il est aussi à souligner la croissance du nombre d'activités de dépistage « hors les murs » réalisés dans les secteurs d'Alphonse-Desjardins et de la région de Thetford.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Première ligne et urgence
Objectif de résultats	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.09.25-PS : Nombre total de GMF	18	20	18 →
1.09.27-PS : Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	82,2 %	85 %	86,54 % ↑

Commentaires

2015-2016

1.09.25 : Les 18 GMF de la région de la Chaudière-Appalaches ont complété le processus d'adhésion au nouveau programme de financement. Le ministre a confirmé l'accréditation des 18 GMF.

Le processus du transfert des ressources professionnelles en GMF est en cours et sera mis en place d'ici le prochain renouvellement (sept mois maximum).

Alphonse-Desjardins : Une demande d'adhésion au nouveau programme de financement a été déposée en mars 2016 (équipe médicale de Saint-Anselme). En attente de la confirmation du MSSS. Un autre processus de demande d'adhésion est en cours avec l'équipe médicale de Saint-Jean-Chrysostome. Deux processus d'adhésion sont en cours pour l'adhésion au nouveau programme d'adhésion au GMFR (super-clinique) au programme de désignation réseau pour les groupes de médecine de famille.

1.09.27 : L'information fournie par le MSSS est la suivante :
Régionalement, nous avons 353 110 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 419 955, ce qui donne un pourcentage de 84 % (selon les données en date du 22 février 2016).

Voici les détails par RLS :

Etchemins : Il y a 7 797 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 16 850, ce qui donne un pourcentage de 46,27 % (selon les données en date du 22 février 2016).

Alphonse-Desjardins : Il y a 198 835 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 247 049, ce qui donne un pourcentage de 80,48 % (selon les données en date du 22 février 2016).

Beauce : Il y a 73 251 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 71 830, ce qui donne un pourcentage de 101,97 % (selon les données en date du 22 février 2016).

Thetford : Il y a 39 225 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 42 962, ce qui donne un pourcentage de 91 % (selon les données en date du 22 février 2016).

Montmagny-L'Islet : Il y a 34 002 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 41 264, ce qui donne un pourcentage de 82,4 % (selon les données en date du 22 février 2016).

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Première ligne et urgence
Objectif de résultats	5. Réduire le temps d'attente à l'urgence

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.09.01-PS : Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11,99	12	11,35 % ↓
1.09.43-PS : Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	76,9 %	76,9 %	76,9 % →
1.09.44-PS : Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	80,8 %	80,8 %	80,1 % ↓

Commentaires

2015-2016

Le séjour moyen sur civière est passé de 14,02 (2014-2015) à 11,35 en P13 (2015-2016).

Comparatif diminution des délais à la P11	2014-2015	2015-2016
Délai après la demande d'admission de la clientèle sur civière	5 h 47	3 h 59
Délai moyen sur civière à l'urgence clientèle 75 ans et +	16 h 38	14 h 35
Délai moyen sur civière à l'urgence clientèle santé mentale	17 h 40	13 h 58

La mise en place de la rencontre quotidienne pour la gestion de lits, la rencontre interdisciplinaire quotidienne à l'intérieur de chaque unité de soins ainsi qu'une meilleure gestion des éclosions ont assurément favorisé la fluidité au niveau de la gestion des lits ce qui permet d'atteindre en grande partie la cible concernant le séjour moyen sur civière.

Malgré une légère amélioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures et le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS et moins de 4 heures, l'urgence de Beauce n'atteint pas les cibles demandées par le MSSS.

L'année 2016-2017 permettra de faire l'analyse des causes engendrant les écarts.

Un audit de triage est prévu dans les semaines à venir ainsi qu'un projet permettant de diminuer le nombre de priorités 4 et 5 à l'urgence.

L'ensemble des travaux permettra d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services à la population.

Thetford : Le séjour moyen sur civière à l'urgence de Thetford répond à l'engagement signifié par le MSSS.

On note une amélioration de l'écart au niveau des cibles de prise en charge médicale < 2 heures et au niveau du pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS et moins de 4 heures.

L'année 2016-2017 permettra de faire l'analyse des causes engendrant les écarts. Un projet permettant de diminuer le nombre de priorités 4 et 5 à l'urgence.

L'ensemble des travaux permettra d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services à la population.

Commentaires - suite

Alphonse-Desjardins

Hôtel-Dieu de Lévis : Le séjour moyen sur civière est passé de 13,2 (2014-2015) à 12,8 (2015-2016).

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 17,4 (2014-2015) à 16,6 (2015-2016).

Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 16,7 (2014-2015) à 17,0 (2015-2016).

Une légère détérioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures est constaté en passant de 86,2 % (2014-2015) à 83 % (2015-2016). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 77,9 % à 74,4 % (2015-2016). L'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis atteint les cibles attendues par le MSSS.

Centre Paul-Gilbert : Le séjour moyen sur civière est demeuré le même soit de 3,1.

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 3,4 (2014-2015) à 3,3 (2015-2016).

Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 2,9 (2014-2015) à 2,6 (2015-2016).

Une légère détérioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures est constaté en passant de 86,3 % (2014-2015) à 85,6 % (2015-2016). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 96,2 % à 95,6 % (2015-2016). L'urgence ambulatoire du Centre Paul-Gilbert atteint les cibles attendues par le MSSS.

Hôpital de Montmagny : Le séjour moyen sur civière est passé de 10,6 (2014-2015) à 10,4 (2015-2016).

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 12,2 (2014-2015) à 12,3 (2015-2016).

Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 10 (2014-2015) à 11,3 (2015-2016).

Une légère détérioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures est constaté en passant de 80,6 % (2014-2015) à 79,4 % (2015-2016). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 87,4 % à 85,4 % (2015-2016). L'urgence de l'Hôpital de Montmagny atteint les cibles attendues par le MSSS.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Services spécialisés
Objectif de résultats	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.09.32.00-PS : Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an - Ensemble des chirurgies	95	0	74 ↓
1.09.32.01-PS : Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	2	0	6 ↑
1.09.32.02-PS : Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	11	0	42 ↑
1.09.32.03-PS : Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	0	0	2 ↑
1.09.32.04-PS : Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	75	0	23 ↓
1.09.32.05-PS : Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	7	0	1 ↓
1.09.32.06-PS : Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	0	NA	0

Commentaires

2015-2016

1.09.32.00, 1.09.32.01,1.09.32.02, 1.09.32.03, 1.09.32.04, 1.09.32.05, 1.09.32.06

Montmagny-L'Islet : Les chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale de la hanche et du genou au CISSS de Chaudière-Appalaches proviennent de Montmagny. Cette année, la deuxième offre vers un autre établissement (Hôpital de St-Georges) a été offerte à l'ensemble des patients hors délais pour le chirurgien ayant la plus importante liste d'attente. Près de 50 patients ont accepté l'offre et à ce jour, plus de la moitié ont été opérés et les autres sont programmés en mai et juin. L'incendie du début de l'été 2015 a par contre ralenti les services chirurgicaux pendant plusieurs semaines, ce qui a eu un impact négatif sur nos listes d'attente. Nous avons également un orthopédiste en absence maladie présentement sur une équipe de trois au total qui devrait prendre sa retraite d'ici les prochaines semaines. L'arrivée d'un nouvel orthopédiste est prévue au début de l'automne prochain pour combler le troisième poste.

Beauce : Engagements atteints.

Alphonse-Desjardins : Le sous-comité des priorités opératoires relevant du comité du bloc opératoire a revu la distribution des priorités opératoires sur un cycle de huit semaines en s'ajustant en fonction des listes d'attente. Le service de chirurgie générale a également procédé à une deuxième offre à l'interne pour diminuer le nombre de requêtes en attente depuis plus d'un an. Ainsi, le nombre de requêtes en attente depuis plus d'un an est passé de 87 en mai 2015 à 22 requêtes en mars 2016 (diminution de 75 % sur un an). Les requêtes hors délai se situent spécifiquement dans le service d'urologie. Une rencontre avec le chef de service a eu lieu le 16 mai dernier.

Thetford : Engagements atteints.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Services spécialisés
Objectif de résultats	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.09.34.01-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	99,6 %	90 %	97.0 % ↓
1.09.34.02-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	83,4 %	90 %	42,8 % ↓
1.09.34.03-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	93,1 %	90 %	83,1 % ↓
1.09.34.04-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	99,4 %	90 %	98,8 % ↓
1.09.34.05-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	88 %	90 %	75,6 % ↓
1.09.34.06-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	70,3 %	90 %	52,5 % ↓
1.09.34.07-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	69,1 %	90 %	71,7 % ↑
1.09.34.08-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	86,7 %	90 %	71,8 % ↓
1.09.34.09-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	68,5 %	90 %	62,2 % ↓

Commentaires

2015-2016

Les données de P9 révélaient que l'indicateur d'accès (attente de moins de trois mois) était notre principal enjeu; les indicateurs de lecture et de transcription étant atteints pour la majorité des types d'examens, et ce, dans les quatre sites. Les efforts d'amélioration ont donc été concentrés à améliorer l'accessibilité. De plus, des rencontres avec l'ensemble des chefs de département ou de services ont été tenues afin de leur présenter les résultats et les mobiliser à garder le cap sur l'atteinte des cibles. Même si les cibles ne sont pas complètement atteintes en P13, les améliorations significatives entre P9 et P13 nous permettent de constater que nous sommes sur la bonne voie.

1.09.34.01-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies

P9 = 99 % P13 = 97 %

- Indicateurs atteints pour les 4 sites.

Nous avons presque complété l'accès en graphie générale sans rendez-vous pour l'ensemble des 4 sites.

1.09.34.02-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies

P9 = 52,4 % P13 = 42,8 %

- Il semblerait que plusieurs clients proviennent de l'extérieur de la région 12 pour Saint-Georges. Documentation en cours pour connaître la proportion et corridor de service à établir si cela est significatif.
- Travail à faire avec les radiologistes pour trouver les pistes de solution.

1.09.34.03-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques

P9 = 77,6 % P13 = 83,1 %

- Accès plus difficile dans le secteur Beauce. Différentes actions en cours pour augmenter l'accessibilité (formation à venir mammographie de soir, affichage d'un poste de soir pour mammographie).

1.09.34.04-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales

P9 = 97,3 % P13 = 98,8 %

- Indicateurs presque atteints pour les 4 sites.

1.09.34.05-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques

P9 = 68,4 % P13 = 75,6 %

- Accès plus difficile pour le secteur Alphonse-Desjardins. Différentes actions en cours pour augmenter l'accessibilité (augmentation du nombre d'écho par jour, formation d'une technologue additionnelle qui nous permet de combler presque à 100 % les disponibilités des équipements, un interniste nous a offert des disponibilités pour des soirées, demande d'ajout d'un 4e échographe).

1.09.34.06-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires

P9 = 37,5 % P13 = 52,5 %

- Accès plus difficile pour le secteur Alphonse-Desjardins. Différentes actions en cours pour augmenter l'accessibilité (envoi d'échographies au privé avec budget du ministère : fait en 2015-2016 et à faire avec le montant récurrent pour 2016-2017).

1.09.34.07-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies

P9 = 70,3 % P13 = 71,7 %

- Résultats stables.

1.09.34.08-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries

P9 = 74,7 % P13 = 71,8 %

- Principal problème d'accès pour les secteurs Alphonse-Desjardins et Beauce.
- Alphonse-Desjardins : ajout de 20 plages horaires de TDM à Lévis et Montmagny pour la liste d'attente de Lévis; blitz de TDM à Montmagny : 72 cas supplémentaires effectués, ajout probable de plages horaires permanentes au TDM à Montmagny (à l'étude avec les radiologistes).
- Beauce : Enjeu de pertinence. Travail à faire avec les radiologistes.

1.09.34.09-PS : Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques

P9 = 62,5 % P13 = 62,2 %

- Principal problème d'accès pour les secteurs Alphonse-Desjardins et Beauce.
- Alphonse-Desjardins : Ouverture de nuit en IRM durant 3 à 4 mois, à partir de mars, avec budget du ministère.
- Beauce : Affectation en IRM d'une femme enceinte 4 soirs semaine pour 26 semaines.
- Thetford : Ajout de 3 patients par jour en IRM.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Services spécialisés
Objectif de résultats	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.09.33.01-PS : Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	75,1 %	90 %	74,9 % ↓

Commentaires

2015-2016

Montmagny-L'Islet : Actuellement, les patients hors délais en oncologie sont exclusivement des patients d'urologie (tumeurs vésicales). La proportion de hors délais à ce site a augmenté par rapport à l'an dernier, car les cas d'oncologie ne sont plus transférés à l'Hôtel-Dieu de Lévis depuis l'arrivée d'une nouvelle urologue. Du travail est en cours pour identifier des pistes de résolution de problèmes.

Beauce : Situation idem à Montmagny. Priorités opératoires aux deux semaines en urologie.

Thetford : Tous les patients disponibles sont opérés dans les délais.

Alphonse-Desjardins : Malgré une augmentation des priorités distribuées à l'urologie, 60 % des hors délais en oncologie sont attribuables à cette spécialité. Les autres le sont à la chirurgie générale (délais majoritairement de moins de 31 jours) et à l'ORL (cas non disponibles).

Pistes d'action :

- Rencontres de suivi planifiées avec les co-gestionnaires médicaux et les directeurs du programme cancer et chirurgie.
- Rencontre prévue avec le chef de service d'urologie pour revoir l'offre de service et les besoins sur l'ensemble du territoire.
- Gestion locale de l'inscription de la non-disponibilité sur les requêtes opératoires.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Personnes âgées
Objectif de résultats	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.03.11-PS : Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA-DP)		7 701	6 900
1.03.12-PS : Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA-DP)		90 %	67,8 %

Commentaires

2015-2016

1.03.11 : L'engagement pour 2015-2016 pour la région était de 7 701 usagers longue durée (SAPA, DI-TSA-DP). La P6 projetait un résultat à la P13 de 6 729 (87 % d'atteinte). Or cette projection doit être revue légèrement à la hausse, car le formulaire 530 précise une atteinte réelle au 31 mars de 89 % à 6 878 usagers (4 231 usagers pour SAPA et 2 647 pour DI-TSA-DP). Notons que 17 % des profils SAPA à jour au SAD en Chaudière-Appalaches sont des profils de la catégorie 1, soit 576 usagers. Du côté de la DI-TSA-DP, le pourcentage des profils à jour 1-2-3 est de 28,6 % pour 580 dossiers.

L'objectif de 7 701 usagers actifs pour 2016-2017 suppose une ventilation de l'objectif par ancien territoire de CSSS. Certains de nos secteurs ont atteint l'objectif basé sur un taux de pénétration chez les 65 ans et + alors que d'autres ont encore quelques efforts à faire. Pour atteindre l'objectif, nous envisageons les actions suivantes :

- Poursuivre le repérage dans nos cinq urgences, mais surtout implanter l'outil ailleurs dans le contexte où les résultats des nouveaux clients identifiés à partir des urgences est faible.
- Mettre à profit les réseaux locaux de services ainsi que les travailleurs de milieux pour dépister nos « 710 » qui vivent en milieu ruraux et isolés.
- Arrimer les critères du SAD pour la région pour assurer une inclusion maximale des personnes vivant dans les secteurs où les taux de pénétration sont plus faibles.
- S'assurer d'une qualité optimale dans la codification des profils via quelques audits.

1.03.12 : Au 31 décembre 2014, le résultat n'était que de 36 % pour la région 12. La cible de 90 % était donc ambitieuse pour 2015-2016. Le résultat final pour le CISSS de Chaudière-Appalaches au 31 mars 2015 est de 78,0 % pour le pourcentage des usagers actifs en SAD ayant un OEMC à jour et de 68,0 % pour les dossiers actifs au SAD qui ont un OEMC et un PSIAS à jour. Il s'agit donc d'une progression importante et nous croyons que la lancée va se poursuivre en 2016-2017 avec la mise en place d'un comité de suivi de l'ensemble des composantes du RSIPA. De plus, en 2016-2017, nous poursuivons la mise en place d'une démarche de qualité sur la production des OEMC et des PSIAS. Deux « experts de l'OEMC et du PSIAS sont dédiés en 2016-2017 pour poursuivre l'objectif de production, mais surtout formaliser une démarche de qualité de production tant dans l'OEMC que pour le PSIAS.

Voici les résultats de l'indicateur par secteur 2015-2016 en % :

		Total	DP	DI-TSA	SAPA
Etchemins :	L04	66.14	55.88	76.60	68.02
	L22	56.21	46.08	62.34	59.51
Beauce :	L04	77.83	70.24	79.83	78.85
	L22	63.85	53.66	53.22	69.19
Thetford :	L04	76.14	66.30	76.60	78.28
	L22	63.71	48.37	66.42	66.29
Montmagny-L'Islet :	L04	65.36	65.41	61.71	66.00
	L22	60.65	61.64	61.71	59.57
Alphonse-Desjardins :	L04	84.76	84.72	84.28	84.86
	L22	76.03	78.34	78.83	74.28

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Personnes âgées
Objectif de résultats	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.03.07.01-PS : Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	25 %	50 %	0 % ↓
1.03.10-PS : Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100 %	40 %	100 %

Commentaires

2015-2016

1.03.07.01 : L'approche adaptée poursuit son déploiement dans les 4 centres hospitaliers : l'année 2015-2016 nous a permis de réviser la gouvernance du projet, de revoir les rôles et responsabilités de chaque direction impliquée dans ce déploiement et analyser l'implantation des 4 dernières années en identifiant les activités cliniques qui ont une portée clinique significative. Les équipes cliniques élaborent les plans opérationnels pour 2016-2017. Le CISSS de Chaudière-Appalaches soutiendra cette démarche avec des ressources associées au Bureau de projets - Performance et soutien à la transformation.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Personnes vulnérables
Objectif de résultats	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.09.05-PS : Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 248	1 379	1 239 ↓
1.09.45-PS : Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie		41	42

Commentaires

2015-2016

1.09.05 : En 2014-2015 : 1 248 usagers ont été suivis par l'équipe des soins palliatifs à domicile. Pour 2015-2016, l'engagement a été atteint à 89,8 % : 1 239 usagers en 2015-2016 à la P13. Les résultats (données) ne sont pas fiables à 100 % comme la saisie dans chaque secteur n'est pas uniforme. Il existe différents systèmes de compilation des données et cela occasionne aussi une saisie manuelle avec risque d'erreur (aucun standard). La prochaine année vise à améliorer l'exactitude et la fiabilité de la gestion des données dans GESTRED.

1.09.45 : La Maison Catherine de Longpré s'est vu recevoir un financement récurrent de 2 lits supplémentaires sur 6 lits déjà financés. Maintien de nos lits actuels en hébergement et en milieu hospitalier. Un lit situé dans le secteur de la Beauce, étage chirurgie, n'est pas inscrit aux ententes de gestion et non financé par le MSSS.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Personnes vulnérables
Objectif de résultats	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.08.13-PS : Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le ministère		711	909
1.08.14-PS : Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le ministère		113	155

Commentaires

2015-2016

Pour le soutien d'intensité variable, l'engagement a été dépassé. Nous sommes accompagnés par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour s'assurer que nos services respectent leur vocation. Toutes nos équipes ont été rencontrées. Des ajustements sont en cours. La révision du continuum 1re ligne et 2e ligne va permettre d'augmenter le nombre de suivis. Pour l'équipe de suivi intensif, l'engagement a été dépassé. Encore ici, nous sommes accompagnés par le CNESM pour s'assurer que nos services respectent leur vocation. Toutes nos équipes ont été rencontrées. La révision du continuum 1re ligne et 2e ligne va permettre d'augmenter le nombre de suivis.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention	Mobilisation du personnel
Objectif de résultats	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
3.01-PS : Ratio d'heures d'assurance salaire	5,96 %	6,07 %	5,99 %
3.05.02-PS : Taux d'heures supplémentaires	2,88 %	2,76 %	2,71 %
3.06.00-PS : Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,80 %	0,83 %	1,23 %

Commentaires

2015-2016

3.01 : Le résultat de 5,99 % obtenu à la P13, par rapport à un engagement de 6,07 %, représente une atteinte d'engagement de 101,4%. Voir le tableau ci-dessous.

Secteur	Taux	Commentaires
CISSS de Chaudière-Appalaches	Nous devrions atteindre l'engagement à la fin de l'année, soit 6.07 %	Plusieurs actions ont été mises en place dans le nouveau contexte du CISSS de Chaudière-Appalaches, soit : 1) Organisation du Service de la gestion de la présence au travail (SGPAT); 2) Uniformisation des pratiques de gestion médico-administratives dans toute la région de la Chaudière-Appalaches afin d'avoir une gestion de l'assurance salaire et des lésions professionnelles équitable et rigoureuse; 3) Développement d'un tableau de bord d'indicateur de performance de gestion des invalidités; 4) Restructuration de l'équipe de médecins désignés par l'employeur; 5) Développement et responsabilisation du personnel du SGPAT dans la gestion proactive et rigoureuse des dossiers d'invalidité afin d'améliorer notre performance; 6) Nous avons déposé, dans le cadre de l'agrément, une politique de la gestion de la présence au travail.
Beauce	Légère hausse en assurance salaire passant de 6,04 % à 6,35 %	Nous avons réglé beaucoup de dossiers litigieux en assurance salaire et nous avons renforcé notre couverture médicale dans ce secteur.
Alphonse-Desjardins	Nous avons connu une baisse et devrions terminer l'année financière à 6 %	Maintien des mêmes résultats que l'an dernier.
Thetford-Mines	4,29 %	De très bons résultats.
Montmagny	Hausse passant de 6,87 % à 7,83 %	Nous avons introduit de l'assignation temporaire pour nos dossiers d'assurance salaire. Nous avons aussi monté notre couverture médicale pour la gestion de nos dossiers et instauré une gestion proactive pour le suivi de nos dossiers en assurance salaire.
CRDI-TED	Légère hausse de 4,96 % à 5,45 %	
CRDP	Nous avons connu une baisse cette année, soit de 4,93 % à 3,96 %	
Centre jeunesse	Hausse de 5,90 % passant à 6,63 %	Nous avons renforcé la gestion proactive pour les dossiers en assurance salaire.
Etchemins	Hausse de 7,44 % à 8,63 %	Nous avons beaucoup de dossiers avec des diagnostics lourds, ce qui vient expliquer l'augmentation du taux en assurance salaire. Nous avons renforcé notre couverture médicale afin de nous aider à la gestion des dossiers.

2015-2016 (suite)

3.06.00 : **Le résultat à la P13 est de 1,23 % pour un engagement de 0,83 %.**

Le titre d'emploi le plus touché par la main-d'oeuvre indépendante (MOI) est celui de préposé aux bénéficiaires (PAB), principalement à la Direction du programme SAPA, secteur Alphonse-Desjardins. Nous notons, également, une augmentation du recours à la MOI. dans le territoire de Montmagny où les nombreuses absences sont difficilement remplacées en raison, notamment, de la grandeur du territoire et la localisation géographique des installations.

La problématique de main-d'œuvre en lien avec le titre d'emploi de PAB est une réalité provinciale complexe et multifactorielle. La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et Direction de l'enseignement (DRHCAJDE) a élaboré un plan d'action intégré, 360 degrés, visant différents volets de la gestion des ressources humaines : enseignement, formation, recrutement, dotation, activités de remplacement.

Les objectifs sont clairs :

1. Travailler en collaboration avec les maisons d'enseignement afin d'augmenter le nombre de personnes inscrites dans les formations;
2. Attirer les meilleurs talents au CISSS de Chaudière-Appalaches dans ce titre d'emploi en développant nos propres cohortes et en sélectionnant les étudiants sur la base du profil de compétences (savoir, savoir-faire, savoir-être attendu);
3. Offrir des conditions d'exercices attractives et intéressantes pour le personnel en CHSLD.

Afin de répondre à ces objectifs, tous les services de la DRHCAJDE sont mis à profit et sont en action. À titre d'exemples :

- **Direction de l'enseignement** discute actuellement avec les maisons d'enseignement pour un projet de formation adapté aux besoins de l'organisation, principalement en CHSLD;
- **Service de dotation** a participé à toutes les activités de recrutement organisées par le CFP dans l'année 2015-2016;
- **Service de dotation** : le programme de relève collégial et universitaire nous permet d'embaucher, à titre de PAB, des ressources étudiant en soins infirmiers pendant leurs études, ce qui vient répondre aux besoins estivaux accrus;
- **Service des activités de remplacement** : des postes d'équipes volantes PAB sur le territoire Alphonse-Desjardins ont été créés pour l'été 2016 afin de faciliter les remplacements et assurer une meilleure continuité et qualité des services;
- **Service des activités de remplacement** : des garanties de travail 5/14 sont offertes à tous les PAB en CHSLD, et ce, sur tous les territoires, afin de s'assurer d'une meilleure stabilité au niveau de la disponibilité et d'un plus grand respect;
- **Service de la présence au travail** : des diagnostics sont en cours dans certains secteurs afin d'élaborer des plans d'action spécifiques, le cas échéant.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Santé publique

Indicateurs	**Résultats 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats 2015-2016**
1.01.13-EG2 : Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	49,7 %	89 %	78,5 % ↑

Commentaires

2015-2016

La cible de cette année était largement supérieure à celles des années précédentes qui se situaient à 60 %, soit similaire à la moyenne provinciale, et davantage en concordance avec les résultats obtenus cette année.

Quoiqu'il en soit, plusieurs facteurs peuvent expliquer le fait que la cible n'est pas atteinte :

- Nous avons constaté que plusieurs intervenants ne colligent pas ces statistiques. Des démarches ont été faites auprès de responsables et d'intervenants terrain afin que les informations soient saisies mais nous ne pourrons constater si cela a permis d'améliorer nos résultats que lorsque les données pour P13 seront disponibles dans GESTRED.
- Il y a eu beaucoup de changements au cours des dernières années dans l'organisation du réseau de la santé et de l'éducation qui ont affecté les collaborations et la réalisation d'actions en milieu scolaire.
- Des écoles ont limité les actions particulières en lien avec la promotion de la santé étant donné les négociations en cours.

Outre ces différents facteurs contextuels, nous souhaitons également souligner les deux éléments suivants :

1. La cible de 89 % des écoles implantant l'approche École en santé repose sur un engagement historique qui n'est plus adapté au contexte actuel. En effet, ce résultat avait été obtenu alors que la région investissait de façon importante dans ce dossier non seulement en soutien, mais aussi par un financement spécifique non récurrent notamment pour des accompagnateurs École en santé désignés dans les anciens CSSS et les commissions scolaires et pour des actions à réaliser en concertation dans les milieux. Depuis, ce financement a cessé, il y a eu beaucoup de réorganisation et de changements de ressources dans les anciens CSSS et peu d'accompagnateurs École en santé en place, etc. Le réseau de l'éducation a aussi beaucoup changé et il apparaît nécessaire à ce moment-ci de redéfinir avec eux la façon de collaborer dans ce dossier.

   D'ailleurs, dans le nouveau programme de santé publique, les attentes envers les CISSS et les CIUSSS précisent que des modalités de collaboration formelles doivent être établies avec le réseau scolaire en vue de planifier des actions de promotion efficaces. Nous sommes actuellement en train de discuter avec les commissions scolaires afin de renouveler notre entente et à définir avec elles, les prochaines étapes à réaliser afin de déterminer nos modalités de collaboration pour les prochaines années. Ces étapes et les services qui en découleront feront partie de notre plan d'action régional de santé publique (PAR 2016-2020).

2015-2016 (suite)

2. La façon de calculer cet indicateur ne colle plus vraiment à la réalité terrain et par conséquent, les résultats associés n'ont plus de réelle validité et ne rendent pas vraiment compte des actions mises en œuvre avec le milieu scolaire et encore moins des résultats obtenus. Par exemple :
   - *Il revient à l'école de choisir si elle veut ou non avoir une approche* globale de promotion de la santé et de réaliser des actions en promotion de la santé, le réseau de la santé n'a pas de rôle décisionnel à ce sujet et il ne peut pas s'imposer au milieu scolaire. Les résultats ne sont pas sous notre contrôle même si nous faisons beaucoup d'efforts pour avoir une offre de service qui répond le mieux possible aux besoins du milieu scolaire.
   - Des écoles peuvent très bien réaliser des activités de promotion de la santé sans notre implication directe (ex. : par elles-mêmes ou en lien avec des organismes communautaires ou d'autres partenaires). Dans ce cas, elles ne sont pas compilées dans nos statistiques.
   - Une fois que nous avons accompagné une école, elle peut par la suite continuer sans notre implication directe, elle ne fera donc plus partie de nos statistiques l'année suivante si elle ne nous interpelle pas.
   - L'indicateur porte encore sur des étapes qui ne correspondent plus aux façons de faire et à l'approche qui est retenue auprès des écoles, car la démarche s'avérait beaucoup trop lourde pour les écoles.

Dans ce contexte, il devient également de plus en plus difficile de s'assurer que les informations demandées soient non seulement colligées, mais également qu'elles le soient de manière à respecter les critères établis et surtout qu'elles rendent réellement compte de la mise en œuvre d'une approche globale et concertée en milieu scolaire. Nous croyons que les résultats obtenus avec cet indicateur sont de moins en moins significatifs et fiables et donc de moins en moins utiles pour assurer le suivi de nos actions et en démontrer les résultats. Nous croyons que l'arrivée du nouveau PNSP et des plans d'action thématiques tripartites, de même que la rédaction de nouveaux plans d'action régionaux offrent un momentum favorable à un ajustement de l'indicateur afin qu'il soit davantage en lien avec les nouvelles attentes formulées et permettent d'initier un nouveau cycle de planification et de reddition de compte sur des bases solides et adaptées à la réalité.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateurs	**Résultats 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats 2015-2016**
1.01.19.03-EG2 : Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %
1.01.25-EG2 : Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)		100 %	0 %

Commentaires
2015-2016 1.01.19.03 : Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC) : les taux sont respectés dans nos 4 établissements (100 %). 1.01.25 : À la suite à la fusion des établissements, les comités de PCI ont cessé pour la région de la Chaudière-Appalaches. Par contre, dans notre Gouverne en PCI, un comité directeur de PCI se réunira 5 fois par année.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Services généraux

Indicateurs	**Résultats 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats 2015-2016**
1.02.04-EG2 : Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	92,5 %	90 %	77,5 % ↓

Commentaires
2015-2016 À la suite de l'orientation que le service Info-Social soit pleinement autonome, un ajout de personnel a été effectué. Étant donnée que le service Info-Social est la principale porte d'entrée des demandes, nous avons connu une augmentation des appels au-delà de notre estimation. Les appels de crise respectent l'indicateur. Par contre, les demandes d'information ont connu plus de difficulté. Nous sommes à consolider ce service après quatre mois d'expérience.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Dépendance

Indicateurs	**Résultats 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats 2015-2016**
1.07.04-EG2 : Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	65,1 %	80 %	77,1 %

Commentaires
2015-2016 Un plan d'action a été transmis à la Direction des dépendances et de l'itinérance du MSSS. Le déploiement du GAIN a eu de l'impact au niveau de l'atteinte du 80 %. Des actions sont en cours pour atteindre la cible.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Cardiologie tertiaire

Indicateurs	**Résultats 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats 2015-2016**
1.09.08A-EG2 : Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	N/A	N/A	N/A
1.09.08B-EG2 : Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	N/A	N/A	N/A
1.09.09A-EG2 : Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	N/A	N/A	N/A
1.09.09B-EG2 : Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	N/A	N/A	N/A
1.09.10A-EG2 : Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	N/A	N/A	N/A
1.09.10B-EG2 : Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	N/A	N/A	N/A

Commentaires
Non applicable pour Chaudière-Appalaches.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Chirurgie oncologique

Indicateurs	**Résultats 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats 2015-2016**
1.09.33.02-EG2 : Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	94,2 %	100 %	97,2 % ↑

Commentaires
2015-2016 Le résultat à la P13 est de 97,2 %. Engagement presque atteint.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Déficience

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
1.45.04.01-EG2 : Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	89,7 %	90 %	86,7 % ↓
1.45.04.05-EG2 : Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS		90 %	86,5 % ↑
1.45.05.01-EG2 : Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	88,7 %	90 %	84,9 % ↓
1.45.05.05-EG2 : Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS		90 %	89,8 % ↓

Commentaires

2015-2016

1.45.04.01 (CLSC DP) : Cible de 90 % presque atteinte. Cela s'explique en partie par le nombre restreint de demandes en priorité codifié « urgente » qui n'ont pas été répondues dans un délai de 72 heures.

1.45.04.05 (CRDP) : Cible de 90 % atteinte en déficience motrice et en déficience visuelle. Cible non-atteinte en déficience auditive (67,42 %) et en déficience du langage (57 %). Des travaux d'optimisation et un investissement financier pour consolider les secteurs seront priorisés en 2016 pour répondre aux listes d'attente.

1.45.05.01 (CLSC DI-TSA) : Cible de 90 % presque atteinte. Cela s'explique en partie par le nombre restreint de demandes en priorité codifié « urgente » qui n'ont pas été répondues dans un délai de 72 heures.

1.45.05.05 (CRDI) : Deux démarches Lean ont permis de revoir complètement les processus de prise en charge des listes d'attente et atteindre la cible.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Hygiène et salubrité

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
2.02.02-EG2 : Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	50 %	100 %	75 % ↑

Commentaires
2015-2016 Montmagny-L'Islet : Engagement atteint à 100 % Beauce : Engagement atteint à 100 % Alphonse-Desjardins : Engagement atteint 100 % Thetford : Une démarche est actuellement en cours afin de finaliser l'ensemble du dossier zones grises. Selon l'échéancier établit : 100 % des zones grises auront un service responsable désigné de l'intégrité sanitaire pour juin 2016. Un registre de suivi de l'entretien des surfaces sera mis en place, en collaboration avec la PCI, pour septembre 2016. Le niveau d'avancement actuel est de 80 %.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Ressources technologiques

Indicateurs	Résultats 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
6.01.01-EG2 : Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	96,8 %	95 %	97 % ↑

Commentaires
2015-2016 L'engagement 2015-2016 de 95 % a été dépassé, pour un résultat à la P13 de 97 %.

5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

5.1 L'agrément

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a vécu sa première démarche d'agrément en tant qu'établissement. En effet, il était le deuxième CISSS ou CIUSSS à faire l'objet d'une démarche d'agrément en tant que nouvelle entité. La visite a eu lieu du 15 au 20 mai 2016. Il s'agissait d'une visite partielle d'Agrément Canada, c'est-à-dire, qu'une première visite couvre une partie des normes et que la démarche se complètera dans un deuxième temps en 2018. À l'issu de cette première phase, l'établissement conservera son statut d'établissement agréé. En effet, des recommandations seront adressées, mais la décision finale de l'organisme d'accréditation sera rendue à la suite de la visite de 2018. Dans cette première phase, les normes leadership, gouvernance, prévention des infections, gestion des médicaments, santé et bien-être de la population ainsi que les normes de santé physique seront évaluées.

Par ailleurs, au cours des dernières années, les anciens établissements qui composent maintenant le CISSS ont, quant à eux, tous été agréés et ont répondu de façon satisfaisante aux recommandations émises par les organismes d'accréditation. Les anciens établissements présentant une mission régionale maintiennent actuellement leur statut d'établissement agréé par le Conseil Québécois d'agrément (CRDPCA, janvier 2018; CRDITED, novembre 2017 et CJCA, juin 2018). Le Centre de réadaptation en dépendance a quant à lui terminé sa démarche d'agrément après la fusion en décembre 2015. Il s'est vu décerner plusieurs cotes d'excellence. Les recommandations émises concernent des aspects de mesure de la satisfaction clientèle et de la qualité des PII. Les travaux à ce sujet sont en cours. Pour les anciens CSSS, tous étaient agréés par Agrément Canada (CSSS Alphonse Desjardins, novembre 2013; CSSS de Beauce, novembre 2012; CSSS Montmagny-L'Islet, mai 2013; CSSS de la région de Thetford, janvier 2015 et CSSS des Etchemins, février 2012). Le niveau global de conformité aux normes était de 89 % et plus.

Dans sa volonté de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, le CISSS de Chaudière-Appalaches a profité du levier qu'offrait la démarche d'agrément de 2016, pour poursuivre la construction de l'établissement en ayant au cœur de nos réflexions et actions, l'amélioration continue de la qualité de nos soins et de nos services, et ce, dans l'intérêt premier de notre clientèle.

Pour se préparer à la visite, les acteurs impliqués ont réalisé plusieurs séances de travail en instances régionales. Cette façon de procéder a permis d'identifier les grands défis auxquels notre nouvelle organisation fait face et d'élaborer des plans d'amélioration détaillés qui s'assureront, non seulement de la conformité aux normes d'Agrément Canada, mais également d'une harmonisation de nos pratiques pour l'ensemble du territoire de Chaudière-Appalaches.

5.2 La sécurité des soins et des services

5.2.1 Déclaration et divulgation des incidents et accidents

Afin de rehausser la culture de sécurité et de sensibiliser le personnel à l'importance d'une culture de non-blâme au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches, plusieurs présentations sur la déclaration des incidents et accidents ont été effectuées. Ces dernières visaient à bien expliquer la gestion des risques de l'établissement ainsi qu'à présenter les formulaires à compléter et l'application informatisée pour la saisie des rapports de déclaration d'incidents ou d'accidents.

5.2.2 Mesures de contrôle des usagers

Les politiques des anciens établissements en lien avec les mesures de contrôle demeurent effectives. Un comité sur l'application des mesures de contrôle sera mis en place sous peu afin d'élaborer une politique harmonisée sur l'application et le suivi des mesures de contrôle des usagers et résidents dans nos installations.

5.2.3 Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

Le comité de gestion des risques s'assure de l'application des recommandations du coroner lorsqu'elles sont émises spécifiquement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches. Par mesure de prévention, il en est de même pour les recommandations émises pour un autre établissement, lorsque pertinentes pour notre CISSS.

Conformément à la procédure en vigueur, le Service de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services a révisé 90 rapports d'investigation du coroner en 2015-2016. Quatre d'entre eux concernaient un événement ayant eu lieu sur le territoire du CISSS de Chaudière-Appalaches. De plus, nous avons répertorié deux rapports d'investigation du coroner ayant eu lieu dans un établissement de santé de la province et pour lesquels les recommandations du coroner étaient une occasion d'améliorer la sécurité et la qualité des soins de notre établissement. Les recommandations découlant de ces rapports du coroner ont été acheminées aux directions concernées avec un plan d'action et un échéancier à compléter. Ces recommandations seront suivies par la gestion intégrée des risques et la prestation sécuritaire des soins et services jusqu'à la complétion du plan d'action proposé par la direction concernée.

5.3 Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

Bilan des mises sous garde 2015-2016 au CISSS de Chaudière-Appalaches					
	Mise sous garde préventive ou provisoire	Mise sous garde autorisée	Mise sous garde demandée par l'établissement	Nombre d'usagers différents visés par une mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée	Ordonnances de soins
Alphonse-Desjardins	348	28	60	324 usagers visés	20
Beauce	185	33	38	171 usagers visés	20
Montmagny-L'Islet	64	8	–	56 usagers visés	11
Thetford	119	18	18	114 usagers visés	Dossiers en cours: 2013-2014 : 2 2014-2015 : 1 2015-2016 : 0
Total	716	87	116	665 usagers visés	51

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

5.4.1 Mandat de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services exerce exclusivement les fonctions prévues à l'article 33 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Elle est responsable de l'application du présent règlement (Loi, a. 33, 1er alinéa), sauf en ce qui concerne les plaintes relatives à un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident (Loi, a.42).

Dans l'exercice de ses fonctions, la commissaire est responsable, envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes (Loi, a. 33, 1er paragraphe).

À cette fin, elle exerce notamment les fonctions suivantes :

- Assurer la promotion de l'indépendance de son rôle (Loi, a. 33, 2e alinéa);
- Diffuser l'information sur les droits et les obligations des usagers (Loi, a. 33, 2e alinéa);
- Assurer la promotion du régime d'examen des plaintes et la publication de la procédure d'examen des plaintes (Loi, a. 33, 2e alinéa).

De plus, elle peut intervenir, de sa propre initiative, lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés. La commissaire doit alors faire rapport au conseil d'administration ainsi qu'à toute direction ou à tout responsable concerné d'un service de l'établissement ou, selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services concernés et peut leur recommander toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits (Loi, a. 33, 7e alinéa).

5.4.2 Rapport de traitement des dossiers

En majorité, les motifs d'insatisfaction les plus fréquents portent sur les soins et services dispensés (349), ce qui constitue une diminution de 4 % (349/364) par rapport à 2014-2015, suivis des relations interpersonnelles (227).

Pour l'année 2015-2016, le nombre total de mesures correctives à portée individuelle et systémique est de 550 comparativement à 634 pour l'année précédente. Le plus grand nombre de mesures recommandées, tant celles à portée individuelle que systémique, portent sur l'information, l'encadrement et la sensibilisation des intervenants et sur l'amélioration des communications.

Voir le tableau du rapport de traitement des dossiers à la page suivante.

Bilan des dossiers	2015-2016	2014-2015
3.1 Nombre de plaintes générales conclues	514	647
3.2 Nombre de plaintes médicales conclues	131	184
3.3 Nombre d'interventions	289	283
3.4 Nombre d'assistances auprès des usagers	371	388
3.5 Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen	32	42
3.6 Nombre de plaintes médicales qui ont fait l'objet d'un recours auprès du comité de révision	7	10
3.7 Délai moyen pour le traitement des plaintes générales (jours)	43	43
3.8 Délai moyen pour le traitement des plaintes médicales (jours)	49	70

3.9 Principaux motifs - plaintes générales et médicales et interventions (tableau par catégorie d'objets)

	2015-2016				2014-2015			
Catégorie d'objets	**Plaintes**	**Interventions**	**Total**	**%**	**Plaintes**	**Interventions**	**Total**	**%**
Accessibilité	117	54	171	15 %	185	55	240	18 %
Aspect financier	67	22	89	8 %	46	15	61	5 %
Droits particuliers	69	55	124	11 %	117	67	184	14 %
Milieu et ressources	78	84	162	14 %	126	50	176	13 %
Relations interpersonnelles	151	76	227	20 %	219	76	295	22 %
Soins et services dispensés	253	96	349	31 %	288	76	364	28 %
Autres	0	1	1	_	0	1	1	-

5.5 L'information et la consultation de la population

Comme nous sommes à notre première année en tant qu'établissement, le conseil d'administration n'a pas tenu d'assemblée générale annuelle (AGA). Une première AGA aura lieu en septembre 2016. Par contre, voici les éléments pertinents inclus dans l'offre de service du bureau de soutien à l'action intersectorielle, aux relations avec la communauté et organismes communautaires :

- Développement des connaissances des différents milieux et territoires de la région;
- Soutien et animation du travail en réseaux;
- Soutien aux organismes communautaires;
- Gestion du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC);
- Transfert de connaissances et de bonnes pratiques en promotion de la santé et en prévention;
- Soutien au développement des communautés au bénéfice de leur santé, de leur qualité de vie et ainsi que la mise en place d'environnements favorables;
- Actions d'influence et de partenariat pour que les politiques et programmes favorisent la santé et la qualité de vie;
- Mise en œuvre et soutien à la mise en œuvre de politiques et programmes en promotion et prévention.

Ces axes de notre offre de service permettront de :

- Renforcer la capacité du secteur de la santé et des services sociaux à bien exercer son rôle de soutien dans le cadre de l'approche partenariale et de valoriser ce rôle au sein du système;
- Faire connaître les ressources disponibles pour notre région et établir les relations;
- S'assurer de bien comprendre les enjeux, les objectifs, les leviers et les contraintes des partenaires afin de déterminer les zones de convergence ou de compromis possibles entre les secteurs;
- Cartographier l'ensemble des responsabilités du CISSS par rapport aux politiques gouvernementales, aux plans d'action intersectoriels et aux ententes stratégiques;
- Recevoir et analyser les demandes de collaboration provenant des partenaires intersectoriels (national, régional et de la communauté);
- Concerter un ensemble d'acteurs gouvernementaux et de la collectivité à se mobiliser et à agir en faveur de la santé;
- S'assurer d'une réelle convergence des activités à déployer par le CISSS, incluant les services offerts dans le cadre de la mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP), ainsi que de l'optimisation des ressources disponibles;
- Renforcer les stratégies d'action :
  - Création d'environnements favorables à la santé;
  - Soutien au développement des communautés;
  - Développement de politiques favorables à la santé et au bien-être.

6. L'application de la Loi et de la politique concernant les soins de fin de vie

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie :

- Une politique de soins de fin de vie a été adoptée par le conseil d'administration;
- Une programmation clinique précise l'offre de service de l'établissement;
- Des protocoles cliniques concernant la sédation palliative continue normalisent la pratique;
- Une procédure relative aux directives médicales anticipées est en cours d'élaboration;
- Un protocole infirmier et un protocole pharmaceutique relatifs à l'aide médicale à mourir encadrent cette nouvelle option d'intervention;
- Des addendas ont été ajoutés aux protocoles d'entente liant les maisons de soins palliatifs situées sur le territoire et le CISSS de Chaudière-Appalaches.

D'autres faits saillants

La Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré, située en Beauce, s'est vue obtenir un financement récurrent pour deux lits supplémentaires applicables à compter du 1er avril 2016. Cet établissement compte huit lits de soins palliatifs financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Un projet de recherche action prendra forme avec la collaboration de l'Université du Québec à Rimouski, campus de Lévis. L'objectif étant de mesurer l'efficacité d'un système intégré améliorant l'offre de service clinique et les soins de fin de vie à domicile.

En collaboration avec le Réseau de soins palliatifs du Québec, un comité scientifique a été mandaté afin d'organiser le prochain Congrès en soins palliatifs qui se tiendra les 11 et 12 mai 2017 dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Une communauté de pratique en soins palliatifs et de fin de vie a pris forme dans Montmagny-L'Islet afin d'échanger sur des cas présentant des enjeux éthiques associés aux décisions liées aux soins de fin de vie.

Un projet de recherche piloté par le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale est en cours avec la collaboration des intervenants spirituels du CISSS de Chaudière-Appalaches. Ce projet vise à élaborer un outil d'évaluation facilitant le transfert des informations au sein de l'équipe interdisciplinaire.

Le projet de Navigation en soins palliatifs à Thetford Mines a permis de rehausser et de coordonner l'offre de service en soins palliatifs à domicile en collaboration avec une coopérative de service à domicile. Un rehaussement des services pendant les heures atypiques (soir, nuit, fin de semaine) a été constaté. Aussi, plus de 600 heures en développement des compétences ont été offertes à des bénévoles.

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

Rapport du directeur général au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie* (Loi 2, Chapitre II, art. 8)

Exercice 2015-2016 **Du : 10 décembre 2015** **Au : 31 mars 2016**

Activité	Information demandée	Site ou installation																			Total période	Total cumulatif
		Centre hospitalier					CHSLD						À domicile						Maison de soins palliatifs			
		AD	BI	TF	BC	Sous total	AD	BI	TF	BC	Etch	Sous total	AD	BI	TF	BC	Etch	Sous total	Littoral	Catherine De Longpré	Sous total	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre I, art.3)					0						0						0			0	0	0
Sédation palliative continue	Nb de sédations palliatives continues administrées	3				3						0						0	5	1	6	9	9
Aide médicale à mourir	Nb de demandes d'aide médicale à mourir formulées	1				1						0						0			0	1	1
Aide médicale à mourir	Nb d'aides médicales à mourir administrées	1				1						0						0			0	1	1
Aide médicale à mourir	Nb d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs***					0						0						0			0	0	0

***Motifs de la non administration de l'aide médicale à mourir :

Documents de référence : Loi concernant les soins de fin de vie; Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir; Formulaire de déclaration de l'administration de l'aide médicale à mourir.

*Le rapport du directeur général doit être transmis au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie tous les six (6) mois à partir de la date d'entrée en vigueur de la Loi 2 et pour 2 ans (Loi 2, art.73). Les dates de transmissions du rapport aux instances concernées sont les 10 juin 2016, 10 décembre 2016, 10 juin 2017 et 10 décembre 2017.

** Définition des soins palliatifs communément admise et adoptée par plusieurs autorités et celle préconisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), soit « une approche visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes et de leurs familles vivant une situation associée à une maladie avec pronostic réservé, à travers la prévention, le soulagement de la souffrance et par l'entremise de l'identification précoce, l'évaluation adéquate et le traitement de la douleur et des problèmes physiques, psychologiques et spirituels associés » (Worldwide Palliative Care Alliance et Word Health Organization, 2014, p. 5 et 7).

7. L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse

La directrice de la protection de la jeunesse - directrice provinciale (DPJ-DP), applique principalement deux lois : la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA). Elle est également responsable d'administrer le Code civil du Québec en matière d'adoption québécoise et elle assume des responsabilités en adoption internationale. De plus, la DPJ-DP agit à titre de tutrice légale pour un certain nombre d'enfants.

Elle doit assumer personnellement, au plan légal, la responsabilité de toutes les décisions prises et de toutes les interventions faites auprès de chacun des enfants qui lui sont confiés. La DPJ-DP est donc responsable de chaque enfant dont elle a pris sa situation en charge dans le cadre de la LPJ et de la LSJPA. Cette imputabilité lui confère un rôle d'autorité sociale où elle se doit de s'assurer en tout temps, qu'il y ait une réponse aux besoins des enfants et des familles du territoire qu'elle dessert. Au Québec, il y a une DPJ-DP pour chacune des régions administratives.

La DPJ-DP ne peut agir seule afin de s'assurer que chacun des enfants soit protégé. Elle a donc besoin de compter sur la bienveillance de toute la population. À ce titre, la Loi sur la protection de la jeunesse oblige tout citoyen ou professionnel à signaler la situation d'un enfant dont il considère qu'il n'a pas réponse à ses besoins essentiels.

Cette année, la DPJ-DP a traité 4 281 signalements, ce qui équivaut au nombre traité en 2014-2015. Encore une fois la problématique de la négligence est le principal motif de signalement et c'est également en négligence que nos jeunes font l'objet d'une situation de compromission. On remarque une proportion importante des enfants de 0-12 ans suivis par la protection de la jeunesse. Des initiatives de concertation avec tous les acteurs du milieu sont en cours afin de comprendre les raisons et d'agir préventivement afin d'éviter que la situation des enfants se détériore. C'est sur le territoire de Montmagny-L'Islet que l'on trouve le nombre le plus élevé des enfants âgés entre 0-5 ans suivis par la DPJ-DP.

La problématique de l'abus physique connaît depuis les deux dernières années une augmentation importante nécessitant une analyse en profondeur afin de mieux saisir les raisons de cette hausse qui demeure inquiétante pour la DPJ-DP. C'est en Beauce-Sartigan, Robert-Cliche et Bellechasse que l'on a connu les hausses de signalements les plus significatives, soit le double comparativement aux années antérieures.

L'accessibilité, la qualité et l'efficience de nos services sont des priorités pour la DPJ-DP. En ce sens, toutes les situations signalées requérant une intervention immédiate ou de 24 heures le sont dans les délais prévus.

En ce qui concerne le Service des jeunes contrevenants, nous avons donné en 2015-2016 des services à 542 jeunes âgés de 12 et 18 ans ayant commis des délits. Les garçons se trouvent représentés en plus grand nombre, 255 jeunes ont été concernés par une mesure de sanctions extrajudiciaires et 239 jeunes par des mesures judiciaires. La possession de stupéfiants, le trafic et les vols sont parmi les délits les plus commis. Cette année, nous avons pu constater une augmentation importante de délits à caractères sexuels. Une plus grande dénonciation de situation d'agression sexuelle commise sur un mineur en est la cause.

Cette année, nous avons procédé à quatre adoptions québécoises, ce qui est une diminution comparativement à l'année dernière. Il y a eu quatre recherches d'antécédents et quatre accompagnements pour des retrouvailles. Des changements au niveau du Code civil du Québec sont attendus cette année, ce qui permettra une ouverture à l'adoption. En ce qui concerne l'adoption internationale, les délais sont toujours en augmentation considérant que la réalité de plusieurs pays a changé et que les enfants en attente d'adoption sont souvent en besoins spéciaux qui nécessitent des soins ou une implication plus grande des parents adoptifs.

À travers la transformation du réseau, la Direction de la protection de la jeunesse s'est fait mieux connaître par l'ensemble des directions et cela a permis une meilleure communication facilitant ainsi les zones de collaboration. Les défis de la prochaine année sont nombreux. Nous travaillerons principalement à favoriser et à actualiser l'intégration des services de 1re et de 2e lignes afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la fluidité entre les différents programmes.

La protection des enfants est l'affaire de tous!

Signalements traités

	2014-2015						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	651	770	375	214	21	2031	47.5%
Garçon	649	948	405	222	19	2243	52.4%
Inconnu	2	0	0	0	2	4	0.1%
Total	**1302**	**1718**	**780**	**436**	**42**	**4278**	**100%**

	2015-2016						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	589	801	395	176	20	1981	46.3%
Garçon	684	964	405	225	22	2300	53.7%
Inconnu	0	1	0	0	0	0	0.0%
Total	**1273**	**1765**	**800**	**401**	**42**	**4282**	**100%**

Signalements retenus par MRC

MRC	2014-2015	2015-2016
Beauce-Sartigan	263	305
Bellechasse	153	128
Chutes-de-la-Chaudière	274	317
Desjardins	196	213
Appalaches	246	230
L'Islet	52	52
Nouvelle-Beauce	132	143
Etchemins	70	102
Lotbinière	174	160
Montmagny	85	126
Robert-Cliche	98	124
Hors-territoire	42	73
Total	**1785**	**1973**

Provenance des signalements traités

	2014-2015	2015-2016
Milieu familial	18.7%	18.4%
Employé d'un CJ	11.2%	12%
Employé d'un CSSS	12.9%	11.1%
Employé d'un CH ou médecin	5.5%	5.5%
Autres professionnels	0.3%	4.1%
Milieu scolaire	21.2%	20.8%
Milieu policier	16.4%	17.5%
Communauté	12.5%	9.4%
Milieu de garde	1.2%	1.1%
Total	**100%**	**100%**

Nombre de signalements retenus par problématique

Problématiques	2014-2015	2015-2016
Abandon	3	5
Abus physique	419	431
Risque sérieux d'abus physique	160	187
Abus sexuel	78	83
Risque sérieux d'abus sexuel	107	84
Mauvais traitements psychologiques	191	220
Négligence	407	483
Risque sérieux de négligence	227	288
Troubles de comportements sérieux	193	192
Total	1785	1973

Enfants dont la situation est prise en charge par la DPJ

	2014-2015		2015-2016	
Problématiques	**Total**	**%**	**Total**	**%**
Abandon	24	1.6%	25	1.6%
Abus physique	127	8.4%	117	7.6%
Risque sérieux d'abus physique	45	3%	53	3.4%
Abus sexuel	36	2.4%	45	2.9%
Risque sérieux d'abus sexuel	28	1.9%	27	1.8%
Mauvais traitements psychologiques	261	17.3%	231	15%
Négligence	363	24.1%	414	26.9%
Risque sérieux de négligence	403	26.8%	392	25.5%
Troubles de comportement sérieux	218	14.5%	236	15.3%
Total	**1505**	**100%**	**1508**	**100%**

Milieu de vie des enfants à l'application des mesures au 31 mars

	2014-2015		2015-2016	
Problématiques	Total	%	Total	%
Suivi dans le milieu familial	550	55.9%	536	53.5%
Confié à un tiers significatif	88	8.9%	81	8.1%
Ressources de type familial	268	27.2%	304	30.3%
CR et RI	78	7.9%	81	8.1%
Autres ressources	0	0.0%	0	0%
Total	**984**	**100%**	**1002**	**100%**

8. Les ressources humaines

8.1 Ressources humaines de l'établissement

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
Personnel cadre (en date du 31 mars): Temps complet, nombre de personnes (note 1)	1	337	379	(42)
Temps partiel (Note 1): - Nombre de personnes	2	16	22	(6)
- Équivalents temps complet (note 4)	3	10,00	15,00	(5,00)
Personnel bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	26	5	21
Personnel régulier (en date du 31 mars) : Temps complet, nombre de personnes (note2)	5	5 117	5 121	(4)
Temps partiel (note 2) : - Nombre de personnes	6	3 056	3 069	(13)
- Équivalents temps complet (note 4)	7	2 086,00	2 313,00	(227,00)
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8			
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	3 817 801	4 051 294	(233 493)
Équivalents temps complet (notes 3 et 4)	10	2 067,00	2 197,00	(130,00)

Tableau extrait du rapport financier annuel AS-471

Note 1: excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi.

Note 2: excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi.

Note 3: les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1 827 ou 1 834 (année bissextile).

Note 4: pour les lignes L.03, L.07 et L.10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales.

8.2 La gestion et contrôle des effectifs

Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	793 656	1 783	795 439	437	515
	2015-16	694 097	1 946	696 043	382	462
	Variation	(12,5 %)	9,1 %	(12,5 %)	(12,6 %)	(10,3 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	2 216 689	9 322	2 226 012	1 227	1 613
	2015-16	2 250 690	10 395	2 261 086	1 245	1 606
	Variation	1,5 %	11,5 %	1,6 %	1,5 %	(0,4 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	4 776 291	132 478	4 908 769	2 568	3 395
	2015-16	4 723 372	119 147	4 842 519	2 539	3 353
	Variation	(1,1 %)	(10,1 %)	(1,3 %)	(1,1 %)	(1,2 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	7 440 571	114 332	7 554 903	4 099	5 719
	2015-16	7 362 090	110 726	7 472 817	4 056	5 639
	Variation	(1,1 %)	(3,2 %)	(1,1 %)	(1,0 %)	(1,4 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 661 279	18 329	1 679 608	848	1 329
	2015-16	1 660 700	17 302	1 678 002	846	1 310
	Variation	0,0 %	(5,6 %)	(0,1 %)	(0,1 %)	(1,4 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	20 028	178	20 206	11	68
	2015-16	16 482	80	16 652	9	73
	Variation	(17,7 %)	(54,9 %)	(18,0 %)	(17,7 %)	7,4 %
Total du personnel	2014-15	16 908 514	276 423	17 184 937	9 189	12 104
	2015-16	16 707 431	259 597	16 967 028	9 079	11 892
	Variation	(1,2 %)	(6,1 %)	(1,3 %)	(1,2 %)	(1,8 %)

9. Les ressources financières

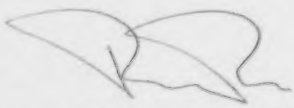
9.1 Rapport de la direction

Les états financiers du Centre intégré de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

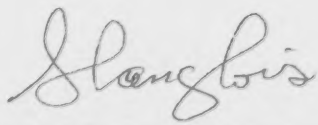
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables. La direction du Centre intégré de santé et de services sociaux reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par le Vérificateur général du Québec dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Daniel Paré
Président-directeur général



Stéphane Langlois
Directeur des ressources financières et de l'approvisionnement

9.2 Rapport de l'auditeur indépendant

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL
DU QUÉBEC

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Les états financiers résumés ci-joints du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS Chaudière-Appalaches) qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016, ainsi que les états résumés des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du CISSS Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. J'ai exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans mon rapport daté du 14 juin 2016 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de mon rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du CISSS Chaudière-Appalaches.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À mon avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CISSS Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du CISSS Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans mon opinion avec réserves formulée dans mon rapport daté du 14 juin 2016. Mon opinion avec réserves est fondée sur les faits suivants :

Le CISSS Chaudière-Appalaches n'a pas comptabilisé au 31 mars 2016, à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du gouvernement du Québec concernant des immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquelles des travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (Normes comptables canadiennes pour le secteur public) qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le CISSS Chaudière-Appalaches a satisfait aux critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'article 1.1 de la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01) énonce que la seule partie d'une subvention qui doit être comptabilisée est celle qui est exigible dans l'exercice du CISSS Chaudière-Appalaches et autorisée par le Parlement dans l'année financière du gouvernement. Étant donné la non-inscription de ces subventions à recevoir du gouvernement du Québec, comme le prescrit la loi, les ajustements suivants selon l'estimation établie sont nécessaires afin que les états financiers du CISSS Chaudière-Appalaches respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public :

	Augmentation (Diminution) estimée En dollars
	2016
État de la situation financière	
Subventions à recevoir – réforme comptable	364 041 344
Revenus reportés	364 041 344
Dette nette et déficits cumulés	-

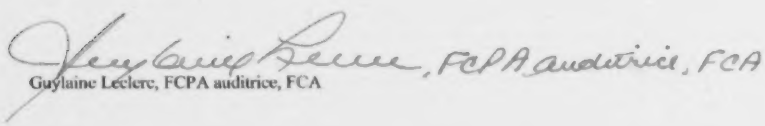
De plus, comme l'explique la note 2 et l'exige le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus entre le CISSS Chaudière-Appalaches et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation me conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2016 n'ont pas été déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Par ailleurs, le CISSS Chaudière-Appalaches n'a pas pris les mesures nécessaires afin de s'assurer que toutes les informations en regard de ses obligations contractuelles soient établies et présentées adéquatement au rapport financier annuel aux pages 635-00 à 635-03. Étant donné l'impossibilité d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés concernant l'exhaustivité, la réalité et l'exactitude de ces informations, je n'ai pu déterminer si les pages 635-00 à 635-03 du rapport financier annuel auraient dû faire l'objet d'ajustements à cet égard.

Mon opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CISSS Chaudière-Appalaches au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

De plus, mon rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers audités comporte un paragraphe intitulé « Autre point » indiquant que sans pour autant modifier mon opinion, j'attire l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes inter-établissements des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existants avant la création du CISSS Chaudière-Appalaches et à partir desquels a été créé le CISSS Chaudière-Appalaches. Je n'avais pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

La vérificatrice générale du Québec,



Guylaine Leclerc, FCPA auditrice, FCA

Québec, le 20 juin 2016

9.3 Résultats financiers

CISSS de Chaudière-Appalaches

ÉTAT DES RÉSULTATS

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2016

	2015-2016				2014-2015 « non auditées »
	Budget	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total	Total
REVENUS				**Exercice courant**	**Exercice précédent**
Subventions MSSS	831 538 616 $	803 277 328 $	44 971 437 $	848 248 765 $	851 257 591 $
Subventions Gouvernement du Canada	138 093 $	189 190 $	- $	189 190 $	337 015 $
Contributions des usagers	55 073 382 $	58 836 707 $	- $	58 836 707 $	55 620 447 $
Ventes de services et recouvrements	15 859 530 $	12 533 064 $	- $	12 533 064 $	13 060 049 $
Donations	3 410 883 $	132 281 $	3 152 271 $	3 284 552 $	3 204 253 $
Revenus de placement	305 049 $	416 676 $	39 097 $	455 773 $	483 076 $
Revenus de type commercial	5 085 165 $	2 346 139 $	3 268 990 $	5 615 129 $	5 601 656 $
Gain sur disposition	- $	- $	1 217 079 $	1 217 079 $	1 935 $
Autres revenus	13 560 852 $	17 151 196 $	1 547 698 $	18 698 894 $	17 998 421 $
TOTAL DES REVENUS	**924 971 570 $**	**894 882 581 $**	**54 196 572 $**	**949 079 153 $**	**947 564 443 $**
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	601 342 258 $	606 745 158 $	- $	606 745 158 $	605 026 101 $
Médicaments	23 133 569 $	22 473 520 $	- $	22 473 520 $	22 586 551 $
Produits sanguins	10 442 831 $	9 501 816 $	- $	9 501 816 $	8 891 077 $
Fournitures médicales et chirurgicales	31 126 992 $	32 757 199 $	- $	32 757 199 $	31 794 071 $
Denrées alimentaires	7 451 748 $	8 294 271 $	- $	8 294 271 $	7 806 361 $
Rétributions versées aux ressources non-institutionnelles	66 495 735 $	65 914 167 $	- $	65 914 167 $	64 326 683 $
Frais financiers	11 752 079 $	44 865 $	12 040 466 $	12 085 331 $	13 001 779 $
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	8 881 277 $	13 403 791 $	1 997 284 $	15 401 075 $	13 001 944 $
Créances douteuses	125 000 $	193 399 $	- $	193 399 $	261 832 $
Loyer	11 011 205 $	10 298 473 $	- $	10 298 473 $	12 041 626 $
Amortissement des immobilisations	29 360 625 $	- $	32 833 372 $	32 833 372 $	31 295 182 $
Perte sur disposition d'immobilisations	- $	- $	6 077 386 $	6 077 386 $	179 247 $
Dépenses de transfert	- $	30 860 059 $	- $	30 860 059 $	35 436 567 $
Autres charges	123 195 694 $	86 066 705 $	30 $	86 066 735 $	92 185 517 $
TOTAL DES DÉPENSES	924 319 013 $	886 553 423 $	52 948 538 $	939 501 961 $	937 834 538 $
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**652 557 $**	**8 329 158 $**	**1 248 034 $**	**9 577 192 $**	**9 729 905 $**

CISSS de Chaudière-Appalaches

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2016

	2015-2016			2014-2015 « non auditées »
	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total	Total
Surplus (déficits) au début	(6 534 631) $	20 477 088 $	13 942 457 $	4 212 552 $
Surplus (déficits) de l'exercice	8 329 158 $	1 248 034 $	9 577 192 $	9 729 905 $
Moins : transfert interfonds	(1 114 411) $	1 114 411 $	- $	- $
Surplus (déficits) cumulés à la fin	680 116 $	22 839 533 $	23 519 649 $	13 942 457 $
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine interne			10 266 189 $	200 846 $
Solde non affecté			13 253 460 $	13 741 611 $
TOTAL			**23 519 649 $**	**13 942 457 $**

CISSS de Chaudière-Appalaches

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2016

	2015-2016			2014-2015 « non auditées »
	Fonds d'exploitation	**Fonds d'immobilisations**	**Total**	**Total**
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert de banque)	37 847 348 $	4 613 572 $	42 460 920 $	42 130 572 $
Placements temporaires	642 703 $	- $	642 703 $	5 067 973 $
Débiteurs - MSSS	32 204 719 $	2 967 854 $	35 172 573 $	33 809 654 $
Autres débiteurs	14 176 647 $	3 195 799 $	17 372 446 $	17 968 401 $
Créances interfonds	(8 982 784) $	8 982 784 $	- $	- $
Subvention à recevoir - réforme comptable	62 647 136 $	100 273 241 $	162 920 377 $	161 526 012 $
Placements de portefeuille	2 600 $	- $	2 600 $	2 600 $
Frais reportés liés aux dettes		1 219 929 $	1 219 929 $	1 166 015 $
Autres éléments	1 217 232 $	1 477 658 $	2 694 890 $	1 367 212 $
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	139 755 601 $	122 730 837 $	262 486 438 $	263 038 439 $
PASSIFS				
Emprunts temporaires	- $	72 697 640 $	72 697 640 $	73 132 360 $
Autres créditeurs et autres charges à payer	70 404 071 $	3 010 556 $	73 414 627 $	86 997 931 $
Avance de fonds - enveloppes décentralisées	- $	- $	- $	24 407 $
Intérêts courus à payer	- $	2 991 099 $	2 991 099 $	3 577 998 $
Revenus reportés	6 147 788 $	41 748 047 $	47 895 835 $	43 332 866 $
Dettes à long terme	- $	408 072 886 $	408 072 886 $	395 602 253 $
Passif au titre des sites contaminés	- $	477 750 $	477 750 $	477 750 $
Passif au titre des avantages sociaux futurs	73 606 735 $	- $	73 606 735 $	72 757 524 $
Autres éléments	1 801 811 $	- $	1 801 811 $	1 441 190 $
TOTAL DES PASSIFS	151 960 405 $	528 997 978 $	680 958 383 $	677 344 279 $
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(12 204 804) $	(406 267 141) $	(418 471 945) $	(414 305 840) $
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	- $	429 106 674 $	429 106 674 $	415 820 081 $
Stocks de fournitures	9 740 920 $	- $	9 740 920 $	8 913 427 $
Frais payés d'avance	3 144 000 $	- $	3 144 000 $	3 514 789 $
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	12 884 920 $	429 106 674 $	441 991 594 $	428 248 297 $
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	680 116 $	22 839 533 $	23 519 649 $	13 942 457 $

CISSS de Chaudière-Appalaches

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTES NETTES)

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2016

	2015-2016				2014-2015 « non auditées »
	Budget	**Fonds d'exploitation**	**Fonds d'immobilisations**	**Total**	**Total**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTES NETTES) DU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(221 192 266) $	(18 962 844) $	(395 342 996) $	(414 305 840) $	(390 254 605) $
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	- $	(3) $	- $	(3) $	- $
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTES NETTES) AU DÉBUT REDRESSÉ	(221 192 266) $	(18 962 847) $	(395 342 996) $	(414 305 843) $	(390 254 605) $
SURPLUS DE L'EXERCICE		8 329 158 $	1 248 034 $	9 577 192 $	9 729 905 $
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions			(56 154 841) $	(56 154 841) $	(64 291 154) $
Amortissement de l'exercice			32 833 372 $	32 833 372 $	31 295 182 $
Gain/perte sur disposition			4 860 307 $	4 860 307 $	177 312 $
Produit sur disposition			5 125 989 $	5 125 989 $	5 040 $
Ajustements des immobilisations			48 583 $	48 583 $	- $
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	- $	- $	(13 286 590) $	(13 286 590) $	(32 813 620) $
VARIATION DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures		(64 096 100) $		(64 096 100) $	(52 633 597) $
Acquisition de frais payés d'avance		(11 989 672) $		(11 989 672) $	(9 626 189) $
Utilisation de stocks de fournitures		63 268 607 $		63 268 607 $	52 037 354 $
Utilisation de frais payés d'avance		12 360 461 $		12 360 461 $	9 245 295 $
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	- $	(456 704) $		(456 704) $	(977 137) $
Autres variations des surplus (déficits) cumulés		(1 114 411) $	1 114 411 $	- $	9 617 $
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS NETS (DETTES NETTES)	- $	6 758 043 $	(10 924 145) $	(4 166 102) $	(24 051 235) $
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTES NETTES) À LA FIN	**(221 192 266)**	**(12 204 804)**	**(406 267 141)**	**(418 471 945)**	**(414 305 840)**

CISSS de Chaudière-Appalaches

ÉTAT DU FLUX DE TRÉSORERIE

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2016

	2015-2016	2014-2015 « non auditées »
	Total	**Total**
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	9 577 192 $	9 729 905 $
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE :		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	(456 704) $	(977 137) $
Perte (gain) sur disposition immobilisations	4 860 307 $	177 312 $
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations - autres	(3 264 088) $	(1 060 913) $
Amortissement des immobilisations	32 833 372 $	31 295 182 $
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	287 337 $	236 635 $
Subventions MSSS	25 417 440 $	3 377 787 $
Autres	48 580 $	(2 841 167) $
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE :	**59 726 244 $**	**30 207 699 $**
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	(7 891 021) $	37 799 014 $
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement	**61 412 415 $**	**77 736 618 $**
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(56 154 841) $	(63 829 595) $
Produits de disposition	5 125 989 $	5 040 $
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	**(51 028 852) $**	**(63 824 555) $**
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Emprunts effectués - Dette à long terme	695 577 $	44 975 126 $
Emprunts remboursés - Dette à long terme	(559 458) $	(46 775 065) $
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	(6 751 252) $	(17 970 996) $
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisation	23 403 478 $	96 117 962 $
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisation	(31 266 830) $	(74 909 390) $
Autres		(28 829) $
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	**(14 478 485) $**	**1 408 808 $**
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	**(4 094 922) $**	**15 320 871 $**
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	**47 198 545 $**	**31 877 674 $**

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	**43 103 623 $**	**47 198 545 $**
Encaisse	42 460 920 $	42 130 572 $
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	642 703 $	5 067 973 $
Total	**43 103 623 $**	**47 198 545 $**
Débiteurs - MSSS	(1 362 919) $	21 118 195 $
Autres débiteurs	595 955 $	(1 833 044) $
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	(297 407) $	151 839 $
Frais reportés liés aux dettes	(341 251) $	(202 429) $
Autres éléments d'actifs	(1 327 678) $	(223 791) $
Autres créditeurs et autres charges à payer	(13 583 304) $	10 396 523 $
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	(24 407) $	24 407 $
Intérêts courus à payer	(586 899) $	(244 603) $
Revenus reportés	7 827 057 $	8 563 561 $
Passif au titre des sites contaminés	- $	87 750 $
Passif au titre des avantages sociaux futurs	849 211 $	303 727 $
Autres éléments de passifs	360 621 $	(343 121) $
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	**(7 891 021) $**	**37 799 014 $**
AUTRES RENSEIGNEMENTS :		
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	2 996 447 $	671 901 $
Produits disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	1 963 838 $	- $
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	26 514 398 $	- $
Intérêts créditeurs (revenus)	455 773 $	673 933 $
Intérêts encaissés (revenus)	457 666 $	705 087 $
Intérêts débiteurs (dépenses)	11 886 498 $	5 640 968 $
Intérêts déboursés (dépenses)	1 043 011 $	5 749 122 $

CISSS de Chaudière-Appalaches

ÉTAT DES RÉSULTATS

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2016

	2015-2016				2014-2015 « non auditées »
	Budget	Fonds d'exploitation	Fonds d'exploitation	Total	Total
		Activités principales	Activités accessoires	Exercice courant	Exercice précédent
REVENUS					
Subventions MSSS	793 686 469 $	802 624 913 $	652 415 $	803 277 328 $	810 077 932 $
Subventions Gouvernement du Canada	138 093 $		189 190 $	189 190 $	337 015 $
Contributions des usagers	55 073 382 $	58 836 707 $		58 836 707 $	55 620 447 $
Ventes de services et recouvrements	15 859 530 $	12 533 064 $		12 533 064 $	13 060 049 $
Donations	107 000 $	132 281 $		132 281 $	44 701 $
Revenus de placement	257 049 $	416 676 $		416 676 $	433 732 $
Revenus de type commercial	5 085 165 $		2 346 139 $	2 346 139 $	5 601 656 $
Gain sur disposition				- $	- $
Autres revenus	12 385 590 $	2 400 451 $	14 750 745 $	17 151 196 $	17 641 157 $
TOTAL DES REVENUS	882 592 278 $	876 944 092 $	17 938 489 $	894 882 581 $	902 816 689 $
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	601 342 258 $	595 492 768 $	11 252 390 $	606 745 158 $	604 973 953 $
Médicaments	23 133 569 $	22 473 520 $		22 473 520 $	22 586 551 $
Produits sanguins	10 442 831 $	9 501 816 $		9 501 816 $	8 891 077 $
Fournitures médicales et chirurgicales	31 126 992 $	32 757 199 $		32 757 199 $	31 794 071 $
Denrées alimentaires	7 451 748 $	8 294 271 $		8 294 271 $	7 806 361 $
Rétributions versées aux ressources non-institutionnelles	66 495 735 $	65 914 167 $		65 914 167 $	64 326 683 $
Frais financiers	386 799 $	44 865 $		44 865 $	208 372 $
Entretien et réparations	7 880 447 $	12 680 384 $	723 407 $	13 403 791 $	11 839 917 $
Créances douteuses	125 000 $	193 399 $		193 399 $	261 832 $
Loyers	11 011 205 $	10 169 922 $	128 551 $	10 298 473 $	12 041 626 $
Dépenses de transfert		30 860 059 $		30 860 059 $	35 436 567 $
Autres charges	123 195 694 $	80 619 595 $	5 447 110 $	86 066 705 $	92 387 893 $
TOTAL DES DÉPENSES	882 592 278 $	869 001 965 $	17 551 458 $	886 553 423 $	892 554 903 $
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	- $	7 942 127 $	387 031 $	8 329 158 $	10 261 786 $

Les charges des activités principales du fonds d'exploitation 2015-2016 ont permis de soutenir l'ensemble des programmes-services :

Ventilation des charges encourues par programmes-services pour l'année 2015-2016
(Fonds d'exploitation – activités principales) (informations non-auditées)

Santé publique	15 735 540 $
Services généraux - activités cliniques et d'aide	38 254 474 $
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	145 336 059 $
Déficience physique	26 167 270 $
Déficience intellectuelle et TSA	61 235 756 $
Jeunes en difficulté	52 089 756 $
Dépendances	3 660 388 $
Santé mentale	45 988 203 $
Santé physique	294 071 663 $
Administration	62 633 544 $
Soutien aux services	66 207 920 $
Gestion des bâtiments et des équipements	57 621 392 $
Total par programmes-services	**869 001 965 $**

Plusieurs fondations sur le territoire de Chaudière-Appalaches travaillent activement à recueillir des fonds afin de soutenir financièrement les activités du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. À titre de partenaires majeurs, voici leurs contributions pour l'année financière 2015-2016 :

Opérations conclues avec des organismes de bienfaisance enregistrés
Pour l'année financière 2015-2016

Organismes	Montant	Nature des dépenses
Fondation de l'Hôpital de la région de Thetford	544 087 $	Acquisition d'équipements, travaux d'immobilisations et de dépenses non capitalisables
Fondation de l'Hôtel-Dieu de Lévis	3 431 337	Acquisition d'équipements, travaux d'immobilisations et de dépenses non capitalisables
Fondation de l'Hôtel-Dieu de Montmagny	210 196	Acquisition d'équipements et travaux d'immobilisations
Fondation de santé et de services sociaux Lévis-Lotbinière	42 984	Acquisition d'équipements et dépenses non capitalisables
Fondation des services de santé de la MRC de L'Islet	30 033	Acquisition d'équipements
Fondation du Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches	113 341	Acquisition d'équipements et dépenses non capitalisables
Fondation du club de hockey canadien pour l'enfance	30 000	Acquisition d'équipements
Fondation Marc-André Jacques	19 637	Acquisition d'équipements, travaux d'immobilisations et de dépenses non capitalisables
Fondation du Sanatorium Bégin	7 478	Acquisition d'équipements
Fondation Rayon d'espoir	24 651	Acquisition d'équipements et dépenses non capitalisables
Fondation Résidence Denis-Marcotte	15 843	Acquisition d'équipements et dépenses non capitalisables
Fondation Santé Beauce-Etchemins	985 216	Acquisition d'équipements et dépenses non capitalisables
Total	**5 454 803 $**	

9.4 Notes aux états financiers

9.5.1 Constitution et mission

Le Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches (ci-après désigné par l'établissement), est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) le 1er avril 2015.

L'établissement est issu de la fusion de l'ex-Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches et des ex-établissements Centre de santé et de services sociaux de Beauce, Centre de santé et de services sociaux des Etchemins, Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins, Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches, Centre de réadaptation en déficience physique de Chaudière-Appalaches, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme de Chaudière-Appalaches et le Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches, à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2), le 1er avril 2015. Il jouit de tous leurs droits, a acquis tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous leurs actifs et passifs, ainsi que tous leurs droits et obligations qui s'y rattachaient, ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers. Les données comparatives au 31 mars 2015 représentent le cumul de leurs activités, après élimination des opérations entre les entités fusionnées. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, celles-ci ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après désigné par le MSSS), à l'exception de celles des pages 650, 660, 320 et 351 du rapport financier annuel AS-471. Cependant, elles n'ont pas été auditées.

Les responsabilités du CISSS de Chaudière-Appalaches définies par le MSSS sont :

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- Établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau;
- Intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit du RTS.

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CISSS de Chaudière-Appalaches doit :

- Être au cœur d'un RTS;
- Assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Assumer une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- Veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CLSC, hôpital, centre d'hébergement, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre de réadaptation), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- Conclure des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques-réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la façon suivante :

- Bureau de Saint-Georges (5123-1264)
- Bureau de Saint-Romuald (5123-5380)
- Bureau de Thetford Mines (5547-4951)
- Bureau du 25 Vincent-Chagnon (5122-7296)
- Campus de Lévis (5245-4998)
- Centre d'activités de jour de Montmagny-du-Palais-de-Justice (5122-1067)
- Centre d'activités de jour de Saint-Georges- Lacroix (15430) (5123-1728)
- Centre d'activités de jour de Thetford Mines - Notre-Dame (5123-3898)
- Centre d'activités de jour et services externes de Sainte-Claire (5123-3856)
- Centre d'activités de jour et services externes de Sainte-Marie (5123-5232)
- Centre d'activités de jour et services externes de Sainte-Justine (5457-8471)
- Centre d'activités de jour et services externes de Saint-Flavien (5123-1645)
- Centre d'activités de jour et services externes l'Îslet-sur-Mer (5123-2098)
- Centre d'activités de jour et services externes Saint-Georges-25e ave (5122-3824)
- Centre d'activités de jour de Berthier-sur-mer (5121-6612)
- Centre d'activités de jour de Black Lake (5123-1652)
- Centre d'activités de jour de Lévis - Desjardins Est (5122-1042)
- Centre d'activités de jour de Montmagny - Taché Est (5123-5240)
- Centre d'activités de jour de Saint-Prosper (5123-1744)
- Centre d'activités de jour de Saint-Romuald (5122-1075)
- Centre d'activités de jour de Saint-Georges-Lacroix (9006) (5123-1710)
- Centre d'activités de jour Thetford Mines - Dumais Nord (5122-0465)
- Centre de services ambulatoire en pédopsychiatrie de Lévis (5123-0167)
- Centre de services ambulatoires en santé mentale de Lévis (5122-7544)
- Centre de services externes pour les aînés de Saint-Romuald (5122-6033)
- Centre de services ambulatoires de Lévis (5122-0457)
- Centre d'hébergement de Saint-Anselme (5121-8907)
- Centre d'hébergement de Sainte-Claire (5121-8915)
- Centre d'hébergement de Saint-Georges (5121-7081)
- Centre d'hébergement de Saint-Georges (5121-7099)
- Centre multiservices de Beauceville (5122-8179)
- Centre Paul-Gilbert - centre d'hébergement de Charny (5121-9673)
- CHSLD de Cap-Saint-Ignace (5414-6329)
- CHSLD de Saint-Apollinaire (5121-8808)
- CHSLD de Sainte-Croix (5487-3492)
- CHSLD de Sainte-Hénédine (5561-7443)
- CHSLD de Sainte-Perpétue (5123-2601)
- CHSLD de Saint-Eugène (5123-2585)
- CHSLD de Saint-Fabien-de-Panet (5122-0036)
- CHSLD de Saint-Flavien (5487-3476)
- CHSLD de Saint-Gervais (5121-8873)
- CHSLD de Saint-Isidore (5561-7419)
- CHSLD de Saint-Raphaël (5121-8881)
- CHSLD de Saint-Sylvestre (5121-8816)
- CHSLD Denis-Marcotte (5121-9889)
- CHSLD Lac-Noir (5121-9905)
- CHSLD Marc-André-Jacques (5121-9897)

- CHSLD René-Lavoie (5121-9913)
- CHSLD Saint-Alexandre (5123-2049)
- CLSC - Maison de naissance Mimosa (5122-8138)
- CLSC (Santé au travail) de Montmagny (5123-1546)
- CLSC (Sante au travail) de Saint-Georges (5123-1579)
- CLSC (Santé au travail) de Saint-Jean-Chrysostome (5123-2593)
- CLSC (Santé au travail) de Thetford Mines (5123-1561)
- CLSC d'Adstock (5290-9132)
- CLSC d'Armagh (5122-6918)
- CLSC de Disraeli (5236-0419)
- CLSC de la Guadeloupe (5122-8997)
- CLSC de Laurier-Station (5121-8790)
- CLSC de Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues (5296-7361)
- CLSC de Saint-Fabien-de-Panet (5122-0028)
- CLSC de Saint-Gédéon-de-Beauce (5300-0956)
- CLSC de Saint-Georges (5300-0923)
- CLSC de Saint-Joseph-de-Beauce (5122-8989)
- CLSC de Saint-Lazare-de-Bellechasse (5121-8865)
- CLSC de Saint-Pamphile (5121-8709)
- CLSC de Thetford Mines (5122-8955)
- CLSC d'East Broughton (5267-8562)
- CLSC et centre d'hébergement de Beauceville (5121-9533)
- CLSC et centre d'hébergement de Lac-Etchemin (5121-8634)
- CLSC et centre d'hébergement de Montmagny (5122-0044)
- CLSC et Centre d'hébergement de Sainte-Marie (5123-2031)
- CLSC et centre d'hébergement de Saint-Prosper (5121-8683)
- CLSC et CHSLD de Lévis (5123-5265)
- CLSC et CHSLD de Saint-Jean-Port-Joli (5121-8691)
- CLSC et Unité de médecine familiale de Saint-Romuald (5123-2288)
- Consultations externes La Maison du Jardinier (5122-7551)
- Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Montmagny (5547-4977)
- Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Saint-Joseph-de-Beauce (5547-5016)
- Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Beauceville (5123-0472)
- Centre de réadaptation en déficience physique de Charny (5123-2353)
- Centre de réadaptation en dépendance de Lévis (5123-3542)
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches (5122-3816)
- Foyer de groupe de Sainte-Marie (5122-7262)
- Foyer de groupe jeunes difficulté d'adaptation de Saint-Romuald (5245-5003)
- Foyer de groupe jeunes difficulté d'adaptation de Sainte-Marie (5122-6819)
- Foyer de groupe jeunes difficulté d'adaptation Vincent-Chagnon (5123-1256)
- Foyer de groupe Le Galion (5122-7270)
- Foyer de groupe l'Odyssée (5122-7288)
- Hôpital de Montmagny (5122-8963)
- Hôpital de Saint-Georges (5122-8971)
- Hôpital de Thetford Mines (5122-8948)
- Hôtel-Dieu de Lévis (5122-7569)
- Services externes en déficience auditive du Grand Littoral (5122-8146)
- Services externes de Laurier-Station (5561-2279)
- Services externes de Montmagny (5561-2352)

- Services externes de Montmagny (5122-8161)
- Services externes de Thetford Mines (5122-8187)
- Services externes de Thetford Mines - Notre-Dame (5123-3880)
- Siege social et bureau de Lévis (5121-8774)

Le siège social de l'établissement est situé au 363, route Cameron à Sainte-Marie.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

9.5.2 Principales méthodes comptables

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le Manuel de gestion financière établi par le MSSS, tel qu'il est prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du MSSS, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public.

b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés, les réclamations et la provision en lien avec le régime rétrospectif de la CNESST.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

c. État des gains et pertes de réévaluation

Le MSSS n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, puisque la grande majorité des

entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même Loi.

Néanmoins, l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

d. Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

e. Périmètre comptable et méthodes de consolidation

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie. Les fonds détenus en fiducie totalisent 169 033 $ au 31 mars 2016.

f. Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel AS-471.

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

g. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

h. Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du gouvernement du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

i. Charges

Les charges sont comptabilisées dans l'exercice financier au cours duquel les biens sont consommés ou les services sont rendus. Elles comprennent donc notamment l'amortissement annuel du coût des immobilisations.

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

k. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

l. Instruments financiers

L'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs (sauf les réclamations TPS, TVQ), les placements de portefeuille et les autres éléments d'actifs, sont classés dans la catégorie des actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement selon la méthode du taux d'intérêt effectif.

Les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges (sauf les déductions à la source et les charges sociales à payer), les intérêts courus à payer, les autres éléments du passif, les dettes à long terme et les passifs au titre des avantages sociaux futurs (sauf la provision pour assurance-salaire) sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement selon la méthode du taux d'intérêt effectif.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

   La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse et les placements temporaires de moins de trois mois.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

iv. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

Les frais d'émission, l'escompte ou la prime liés aux emprunts sont amortis selon le taux d'intérêt effectif de chaque emprunt.

v. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

m. Passif au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du MSSS, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

n. Passif au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les banques de temps accumulé conventionné.

i. Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le MSSS, à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2016 et des taux horaires prévus en 2016-2017. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2016-2017 Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou au Régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

v. Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2016 et la rémunération versée pour l'exercice 2016-2017, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

vi. Autres avantages sociaux futurs

Les obligations découlant des autres charges salariales à payer concernent les banques de temps accumulé conventionné figurant aux dossiers des employés au 31 mars 2016. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

o. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements minimum exigibles.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	12 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans (max. 10 ans)
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Lorsqu'une immobilisation corporelle ne contribue plus à la capacité de l'établissement de fournir des biens et des services, ou que la valeur des avantages économiques futurs qui se rattachent à l'immobilisation corporelle est inférieure à sa valeur comptable nette, le coût de l'immobilisation est réduit pour refléter sa baisse de valeur. Les moins-values nettes sur les immobilisations corporelles sont imputées aux charges de l'exercice. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est considérée.

p. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

q. Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de

réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

r. Autres méthodes

i. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, au passif au titre des sites contaminés, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

ii. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

iii. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations. Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

iv. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

v. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le MSSS.
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir. Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :
  - Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

vi. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

vii. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activité donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activité. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

9.5.3 Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2016, l'établissement a respecté cette obligation légale.

9.5.4 Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires transmises au MSSS le 25 juin 2015. Cette correspondance mentionnait qu'aucune résolution n'a été adoptée, car le conseil d'administration de l'établissement n'avait pas été légalement constitué à cette date.

L'intégration des activités résiduelles de l'ex-Agence en cours d'année financière de même que la consolidation des activités intra-établissement en fin d'année financière ont eu pour effet de modifier les résultats 2015-2016 de façon importante par rapport au budget initialement adopté.

9.5.5 Placements temporaires

L'établissement détient les placements temporaires suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent « non audité »
Compte avantage entreprise 1.05 %	126 067 $	1 521 673 $
Épargne rachetable avec échéance en septembre 2016, 0.5 %	516 636 $	3 546 300 $
Total	**642 703 $**	**5 067 973 $**

L'établissement ne détient aucun placement temporaire de parties apparentées.

9.5.6 Autres débiteurs

Les autres débiteurs se composent des éléments suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent « non audité »
Contributions des usagers	4 031 514 $	4 834 486 $
Avances aux employés	374 103 $	356 972 $
TPS et TVQ	3 092 242 $	3 744 365 $
Ventes de services et recouvrements	1 110 563 $	3 819 339 $
Stages	1 050 223 $	154 169 $
Gestac (stationnement HDL)	1 429 305 $	1 688 445 $
RAMQ	1 256 890 $	602 682 $
Autres	6 311 158 $	4 292 409 $
Total	**18 655 998 $**	**19 492 867 $**
Ms : Provisions pour créances douteuses	(1 283 552) $	(1 524 466) $
Total des autres débiteurs	**17 372 446 $**	**17 968 401 $**

9.5.7 Emprunts temporaires

L'établissement est autorisé par le gouvernement du Québec à effectuer des emprunts temporaires au fonds d'exploitation pour une somme variant de 3,5 M $ à 20,5 M $ pour la période du 1er octobre 2015 au 31 mars 2016. Ce montant n'est pas utilisé au 31 mars 2016. Les emprunts temporaires tant pour le fonds d'exploitation que pour le fonds d'immobilisations sont garantis par le gouvernement du Québec.

	Exercice courant	Exercice précédent « non audité »
Acceptation bancaire (2015 : échéant le 9 avril 2015, au taux de base + 0,30 %)	- $	4 500 000 $
Marge de crédit échéant le 30 juin 2021, au taux préférentiel	- $	2 251 252 $
Total du fonds d'exploitation		**6 751 252 $**
Acceptation bancaire échéant le 8 avril 2016, au taux de base + 0,30 %	1 100 000 $	1 100 000 $
Marge de crédit échéant le 30 juin 2021, au taux préférentiel	31 918 $	17 082 $
Marge de crédit échéant le 1er mars 2016, au taux préférentiel	- $	140 700 $
Marge de crédit échéant le 31 octobre 2024, au taux préférentiel	6 900 000 $	20 $
Marge de crédit échéant le 31 décembre 2019, au taux préférentiel + 1,181 %	16 488 662 $	31 126 130 $
Billets au pair auprès du Fonds de financement, au taux des acceptations bancaires d'un mois majoré de 0,05 %	44 456 036 $	32 195 388 $
Billets au pair auprès de la Société québécoise des infrastructures, au taux des acceptations bancaires d'un mois majoré de 0,05 %	3 721 024 $	1 801 788 $
Total du fonds d'immobilisations	**72 697 640 $**	**66 381 108 $**
Total des emprunts temporaires	**72 697 640 $**	**73 132 360 $**

9.5.8 Autres créditeurs

Les autres créditeurs se composent des éléments suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent « non audité »
Fournisseurs	29 277 984 $	39 551 825 $
Salaires courus à payer	26 144 009 $	27 291 359 $
Déductions à la source et charges sociales à payer	10 670 603 $	12 904 430 $
Impôt provincial à payer	3 119 382 $	2 305 300 $
Autres	4 202 649 $	4 945 017 $
Total	**73 414 627 $**	**86 997 931 $**

9.5.9 Dettes à long terme

Fonds de financement

Date		Série	Taux	Versements		Solde au 31-03-2016	Solde « non audité » au 31-03-2015
Émis	Échéance			Fréquence	Montant		
2014-11-19	2024-09-01	Billet B-25	2,9440 %	Annuel	19 681 $	472 336 $	492 016 $
2014-12-10	2017-12-01	Billet B-26	1,4530 %	Annuel	201 506 $	502 497 $	704 003 $
2016-03-24	2025-09-01	Billet B-27	2,3112 %	Annuel	- $	849 987 $	- $
2014-03-03	2018-12-19	Billet B-22	1,9991 %	Annuel	29 227 $	578 799 $	608 026 $
2014-03-03	2018-12-19	Billet B-23	1,9991 %	Annuel	1 031 120 $	3 849 794 $	4 880 913 $
2014-06-19	2019-08-21	Billet B-24	2,1413 %	Annuel	448 833 $	4 620 505 $	5 069 338 $
2016-03-10	2025-09-01	Billet B-14	2,2920 %	Annuel	- $	22 745 292 $	- $
2014-12-12	2019-12-16	Billet B-13	1,9800%	Annuel	158 101 $	632 403 $	790 503 $
2014-12-12	2024-09-01	Billet B-12	2,9040 %	Annuel	566 941 $	12 721 126 $	13 288 067 $
2014-06-19	2019-08-21	Billet B-11	2,1413 %	Annuel	386 005 $	6 240 893 $	6 626 898 $
2014-03-21	2021-03-01	Billet B-10	2,6820 %	Annuel	161 093 $	805 467 $	966 560 $
2013-12-20	2018-12-19	Billet B-8	2,3000 %	Annuel	1 874 316 $	42 201 465 $	44 075 781 $
2014-03-21	2018-12-19	Billet B-9	2,1372 %	Annuel	81 992 $	1 311 871 $	1 393 863 $
2016-03-10	2026-09-01	Billet 19	2,4780 %	Annuel	- $	10 748 392 $	- $
2014-10-21	2021-03-01	Billet 16	2,2730 %	Annuel	53 220 $	266 099 $	319 318 $
2014-12-10	2024-09-01	Billet 17	2,9040 %	Annuel	218 906 $	3 669 725 $	3 888 631 $
2015-03-18	2029-06-01	Billet 18	2,6400 %	Annuel	94 490 $	1 322 856 $	1 417 345 $
2014-01-23	2018-12-19	Billet 13	2,2169 %	Annuel	450 656 $	9 000 826 $	9 451 482 $
2014-03-06	2018-12-19	Billet 14	2,1268 %	Annuel	58 916 $	942 653 $	1 001 569 $
2014-10-21	2024-09-01	Billet 15	3,0580 %	Annuel	231 145 $	5 547 479 $	5 778 624 $
2014-03-18	2020-03-01		2,4838 %	Mensuel	Variable	1 172 783 $	1 264 529 $
2013-04-25	2018-04-01		1,8403 %	Mensuel	Variable	2 580 686 $	2 708 272 $
2015-11-30	2024-09-01		2,4777 %	Mensuel	Variable	2 482 552 $	2 724 532 $
2014-03-21	2018-12-19	Billet B-10	2,0817 %	Annuel	60 702 $	1 396 144 $	1 456 846 $
2014-11-19	2024-09-01	Billet B-11	2,9440 %	Annuel	112 228 $	1 010 053 $	1 122 281 $
2014-11-19	2021-09-01	Billet B-12	2,4530 %	Annuel	85 907 $	515 443 $	601 350 $
2014-12-12	2024-09-01	Billet B-13	2,9040 %	Annuel	70 567 $	1 388 121 $	1 458 688 $
2016-03-24	2025-09-01	Billet B-14	2,3112 %	Annuel	- $	3 232 670 $	- $
2014-03-21	2018-12-19	Billet B-3	2,1372%	Annuel	51 169 $	1 176 889 $	1 228 058 $
2014-11-04	2024-09-01	Billet B-6	2,9960 %	Annuel	33 324 $	799 780 $	833 104 $
2014-11-04	2021-03-01	Billet B-7	2,3350 %	Annuel	186 004 $	930 022 $	1 116 027 $
2016-03-24	2025-09-01	Billet B-8	2,3112 %	Annuel	- $	1 318 152 $	- $
2014-03-21	2018-12-19	Billet B-10	2,1372 %	Annuel	40 732 $	936 835 $	977 567 $
2014-12-12	2024-09-01	Billet B-11	2,9040 %	Annuel	259 784 $	4 487 727 $	4 747 511 $
2016-03-24	2025-09-01	Billet B-12	2,3112 %	Annuel	- $	1 350 458 $	- $
2014-02-06	2018-12-19	Billet B-15	2,0789 %	Annuel	348 132 $	5 653 308 $	6 001 439 $
2012-07-23	2019-12-01	Billet B-16	2,4630 %	Annuel	58 290 $	932 641 $	990 931 $
2014-10-21	2024-09-01	Billet B-17	3,0580 %	Annuel	216 203 $	5 188 870 $	5 405 073 $
2014-10-21	2021-09-01	Billet B-18	2,3940 %	Annuel	65 968 $	395 809 $	461 777 $
2015-06-17	2018-04-01	Billet B-19	1,0930 %	Annuel	- $	3 055 946 $	- $
2016-03-10	2026-09-01	Billet B-20	2,4780 %	Annuel	- $	6 801 046 $	- $
2014-01-21	2018-12-19	Billet B-12	2,2296 %	Annuel	553 300 $	10 834 503 $	11 387 803 $
2014-03-27	2021-03-01	Billet B-13	2,7820 %	Annuel	104 261 $	521 307 $	625 569 $
2014-11-21	2024-09-01	Billet B-14	2,9440 %	Annuel	149 513 $	3 588 322 $	3 737 836 $
2014-11-21	2022-03-01	Billet B-15	2,5230 %	Annuel	32 257 $	193 539 $	225 797 $
2016-03-24	2025-09-01	Billet B-16	2,3112 %	Annuel	- $	5 460 476 $	- $
Total - Fonds de financement					**8 494 489 $**	**196 434 547 $**	**149 827 928 $**

Financement Québec

Date		Série	Taux	Versements		Solde au 31-03-2016	Solde « non audité » au 31-03-2015
Émis	Échéance			Fréquence	Montant		
2010-11-12	2016-12-01	Billet C-1	2,9420 %	Annuel	231 701 $	1 880 181 $	2 111 882 $
2009-07-16	2016-06-01	Billet B-14	3,8470 %	Annuel	274 260 $	274 260 $	548 521 $
2010-02-26	2016-12-01	Billet B-15	3,5440 %	Annuel	6 201 758 $	6 201 758 $	12 403 517 $
2010-02-26	2016-12-01	Billet B-16	3,5440 %	Annuel	1 191 027 $	4 197 403 $	5 388 430 $
2010-11-12	2016-12-01	Billet B-17	2,9420 %	Annuel	149 789 $	1 348 098 $	1 497 887 $
2011-11-04	2017-12-01	Billet B-18	2,4720 %	Annuel	33 896 $	711 815 $	745 711 $
2012-12-19	2019-12-01	Billet B-19	2,4890 %	Annuel	17 641 $	388 096 $	405 737 $
2012-12-19	2019-12-01	Billet B-20	2,4890 %	Annuel	74 211 $	296 843 $	371 054 $
2012-12-19	2019-12-01	Billet B-21	2,4890%	Annuel	482 527 $	1 843 311 $	2 325 837 $
2012-12-19	2019-12-01	Billet B-5	2,4890 %	Annuel	755 018 $	13 996 971 $	14 751 988 $
2013-03-05	2018-06-01	Billet B-7	2,1230 %	Annuel	1 045 226 $	22 994 975 $	24 040 201 $
2012-12-19	2019-12-01	Billet B-6	2,4890 %	Annuel	80 507 $	322 027 $	402 533 $
2010-05-20	2015-06-01	Billet B-9	3,5340 %	Annuel	157 000 $	- $	157 000 $
2010-12-09	2016-06-02	Billet B-10	2,8881 %	Annuel	232 734 $	4 654 677 $	4 887 410 $
2010-05-06	2034-06-01	Billet B-19	5,0900 %	Annuel	294 028 $	5 880 569 $	6 174 597 $
2010-11-23	2016-06-02	Billet B-20	2,7670 %	Annuel	418 935 $	6 516 709 $	6 935 644 $
2011-11-11	2017-12-01	Billet B-1	2,4720 %	Annuel	389 563 $	8 180 821 $	8 570 384 $
2011-11-10	2036-12-01	Billet B-2	4,0600 %	Annuel	505 828 $	10 622 388 $	11 128 216 $
2011-12-01	2017-12-01	Billet B-3	2,4720 %	Annuel	402 943 $	5 068 626 $	5 471 570 $
2011-12-14	2018-12-01	Billet B-4	2,6140 %	Annuel	131 089 $	393 268 $	524 357 $
2010-03-11	2016-12-01	Billet B-18	3,5440 %	Annuel	747 804 $	6 830 569 $	7 578 373 $
1997-01-24	2022-01-16	Billet B-1	7,7500 %	Annuel	63 712 $	382 272 $	445 984 $
2008-05-30	2033-06-01	Billet B-6	4,8770 %	Annuel	75 167 $	1 353 006 $	1 428 173 $
2009-03-26	2015-12-01	Billet B-7	3,8770 %	Annuel	3 280 364 $	- $	3 280 364 $
2009-12-11	2015-12-01	Billet B-8	3,0690 %	Annuel	7 753 734 $	- $	7 753 734 $
2010-05-07	2034-06-01	Billet B-8	5,0900 %	Annuel	259 980 $	5 199 590 $	5 459 570 $
2011-06-01	2017-12-01	Billet B-9	3,4180 %	Annuel	195 024 $	4 095 502 $	4 290 526 $
2012-03-16	2017-04-25	Billet B-10	2,0540 %	Annuel	142 569 $	3 136 512 $	3 279 081 $
2012-12-21	2018-06-01	Billet B-11	2,1215 %	Annuel	305 261 $	6 715 739 $	7 021 000 $
2012-12-21	2019-12-01	Billet B-12	2,4890 %	Annuel	73 603 $	294 414 $	368 017 $
2011-06-01	2017-12-01	Billet B-6	3,4180 %	Annuel	73 569 $	1 544 956 $	1 618 525 $
2012-03-23	2017-06-01	Billet B-7	2,1040 %	Annuel	24 736 $	371 039 $	395 775 $
2012-12-21	2018-06-01	Billet B-8	2,1421 %	Annuel	142 352 $	1 844 479 $	1 986 831 $
2013-05-31	2018-06-01	Billet B-9	2,1230 %	Annuel	81 204 $	812 040 $	893 244 $
2010-04-29	2017-06-01	Billet B-1	4,0250 %	Annuel	84 605 $	169 210 $	253 815 $
2011-01-28	2017-12-01	Billet B-2	3,5940 %	Annuel	66 015 $	1 320 309 $	1 386 325 $
2012-03-07	2033-06-01	Billet B-4	3,6560 %	Annuel	98 049 $	2 059 024 $	2 157 073 $
2013-03-05	2018-06-01	Billet B-5	2,1230 %	Annuel	125 755 $	1 509 063 $	1 634 819 $
2010-03-19	2034-06-01	Billet B-5	4,9400 %	Annuel	37 679 $	715 899 $	753 578 $
2011-01-28	2017-12-01	Billet B-6	3,5940 %	Annuel	132 017 $	2 640 342 $	2 772 359 $
2012-02-22	2018-12-01	Billet B-7	2,4280 %	Annuel	43 336 $	910 047 $	953 382 $
2012-06-13	2023-01-16	Billet B-8	3,1040 %	Annuel	49 766 $	796 256 $	846 022 $
2013-03-05	2018-06-01	Billet B-9	2,1220 %	Annuel	188 936 $	4 156 590 $	4 345 526 $
2009-12-18	2034-06-01	Billet B-8	4,9910 %	Annuel	1 295 170 $	24 608 227 $	25 903 397 $
2010-06-15	2015-04-14	Billet B-9	3,2370 %	Annuel	3 494 309 $	- $	3 494 309 $

Date		Série	Taux	Versements		Solde au 31-03-2016	Solde « non audité » au 31-03-2015
Émis	Échéance			Fréquence	Montant		
2010-11-16	2016-06-02	Billet B-10	2,6270 %	Annuel	217 547 $	4 350 935 $	4 568 482 $
2011-11-04	2017-12-01	Billet B-11	2,4720 %	Annuel	149 597 $	3 141 538 $	3 291 135 $
2012-01-26	2017-04-25	Billet B-12	1,8972 %	Annuel	201 976 $	3 453 898 $	3 655 875 $
2012-07-23	2019-12-01	Billet B-13	2,4630 %	Annuel	71 153 $	965 651 $	1 036 804 $
2012-12-21	2018-06-01	Billet B-14	2,1215 %	Annuel	296 733 $	5 534 240 $	5 830 973 $
2010-05-07	2034-06-01	Billet B-7	5,0900 %	Annuel	120 922 $	2 418 432 $	2 539 354 $
2010-11-04	2016-12-01	Billet B-8	2,8170 %	Annuel	219 714 $	4 394 278 $	4 613 992 $
2010-12-01	2016-06-02	Billet B-9	2,8200 %	Annuel	53 746 $	806 184 $	859 930 $
2002-06-21	2022-01-17	Billet B-1	6,2860 %	Annuel	125 728 $	857 828 $	983 556 $
2011-12-01	2017-12-01	Billet B-10	2,4720 %	Annuel	592 403 $	9 325 789 $	9 918 192 $
2013-03-05	2018-06-01	Billet B-11	2,1220 %	Annuel	657 056 $	8 308 973 $	8 966 028 $
Total - Financement Québec					**34 658 872 $**	**210 891 427 $**	**245 550 299 $**

Hypothèque - SCHL

Date		Taux	Versements		Solde au 31-03-2016	Solde « non audité » au 31-03-2015
Émis	Échéance		Fréquence	Montant		
1966-07-XX	2016-07-XX	5,38 %	Annuel	15 856 $	5 484 $	21 340 $
1968-08-XX	2018-08-XX	6,25 %	Annuel	13 928 $	37 432 $	51 360 $
N/d	2019-01-XX	6,38 %	Annuel	10 516 $	33 647 $	44 163 $
N/d	2018-05-XX	6,13 %	Annuel	24 119 $	57 537 $	81 656 $
N/d	2017-08-XX	5,88 %	Annuel	10 127 $	15 381 $	25 507 $
Total - SCHL				**74 546 $**	**149 481 $**	**224 026 $**

Prêt - Chaîne analytique

Date		Taux	Versements		Solde au 31-03-2016	Solde « non audité » au 31-03-2015
Émis	Échéance		Fréquence	Montant		
2015-05-XX	2020-07-XX	3,13 %	Mensuel	Variable	597 431 $	- $
Total Prêt - chaîne analytique					**597 431 $**	**- $**

TOTAL DES DETTES À LONG TERME	**408 072 886 $**	**395 602 253 $**

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2016, l'échéancier des versements en capital et en intérêts à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

Année	Capital	Intérêts
2016-2017	61 733 993 $	11 376 694 $
2017-2018	60 448 297 $	9 655 607 $
2018-2019	130 391 797 $	7 970 365 $
2019-2020	30 783 371 $	4 335 162 $
2020-2021	8 645 498 $	3 476 950 $
2021-2022 et subséquentes	116 069 929 $	3 235 922 $
Total	**408 072 886 $**	**40 050 700 $**

9.5.10 Passif au titre des sites contaminés

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain faisant l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite de la découverte de présence de résidus de construction dans le sol.

À cet égard, un montant de 477 750 $ est comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2016 (477 750 $ au 31 mars 2015). Ce montant est basé sur un plan de réhabilitation avec estimation pré-budgétaire.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du MSSS du même montant pour le financement du coût des travaux.

9.5.11 Passif au titre des avantages sociaux futurs

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent « non audité »
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
• Taux moyen de croissance de la rémunération	----	----
• Inflation	1,50 %	1,00 %
• Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
• Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant détaille les composantes de la variation annuelle des provisions incluses dans le passif au titre des avantages sociaux futurs avant charges sociales :

	Exercice courant				Exercice précédent « non audité »
	Solde au début	**Charge de l'exercice**	**Montants versés**	**Solde à la fin**	**Solde à la fin**
Droits parentaux	543 817 $	2 514 630 $	2 605 142 $	453 305 $	543 817 $
Assurance salaire	9 026 552 $	17 541 252 $	17 863 854 $	8 703 950 $	9 026 552 $
Provision pour vacances	60 580 880 $	71 255 376 $	70 040 233 $	61 796 023 $	60 580 880 $
Provision pour banque maladie gelée	95 955 $	16 480 $	57 184 $	55 251 $	95 955 $
Provision pour banque maladie courante	2 510 320 $	16 825 640 $	16 737 754 $	2 598 206 $	2 510 320 $
Total	**72 757 524 $**	**108 153 378 $**	107 304 167 $	73 606 735 $	72 757 524 $

9.5.12 Immobilisations corporelles

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours et la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux présentées dans le tableau suivant :

	Exercice courant			Exercice précédent « non audité »
	Coûts	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	1	2	3	4
Terrains	4 490 843 $	----- $	4 490 843 $	5 359 540 $
Aménagement des terrains	18 821 800 $	7 018 506 $	11 803 294 $	12 356 051 $
Améliorations locatives	28 422 515 $	13 465 835 $	14 956 680 $	9 504 712 $
Bâtiments	317 277 940 $	129 965 409 $	187 312 531 $	192 280 607 $
Améliorations majeures aux bâtiments	87 831 490 $	9 893 841 $	77 937 649 $	66 307 126 $
Construction et développement en cours	32 048 127 $	----- $	32 048 127 $	27 056 505 $
Matériel et équipement	66 326 082 $	46 120 450 $	20 205 632 $	21 856 864 $
Équipements spécialisés	196 460 214 $	120 705 203 $	75 755 011 $	75 539 693 $
Matériel roulant	1 825 925 $	1 221 279 $	604 646 $	648 157 $
Développement informatique	53 464 425 $	50 911 085 $	2 553 340 $	3 238 310 $
Réseau de télécommunication	2 148 863 $	931 541 $	1 217 322 $	1 320 933 $
Location-acquisition	814 043 $	592 444 $	221 599 $	303 003 $
TOTAL	**809 932 267 $**	**380 825 593 $**	**429 106 674 $**	**415 771 501$**

Note : Les travaux en cours ne sont pas amortis, car ils ne sont pas en service.

9.5.13 Gestion des risques associés aux instruments financiers

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs (sauf les réclamations à recevoir de TPS et de TVQ), les placements de portefeuille de même que les autres éléments des actifs financiers. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent « non audité »
Encaisse	42 460 920 $	42 130 572 $
Placements temporaires	642 703 $	5 067 973 $
Débiteurs MSSS	35 172 573 $	33 809 654 $
Autres débiteurs (sauf réclamations TPS et TVQ)	13 810 497 $	14 642 238 $
Placements de portefeuille	2 600 $	2 600 $
Autres éléments	2 694 890 $	1 367 212 $
Total	**94 784 183 $**	**97 020 249 $**

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2016 et au 31 mars 2015, les placements temporaires étaient investis dans un placement temporaire rachetable et un dépôt à terme. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS est faible puisque ce poste est constitué de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), du gouvernement du Canada et des différentes fondations de l'établissement qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Les autres éléments d'actifs concernent les congés à traitement différé sur une période de 2 à 5 ans de même que des avances sur acquisitions d'immobilisations qui seront récupérées au cours de la prochaine année financière.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2016, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 1 933 162 $ (14 %) du montant total recouvrable comparativement à 2 492 070 $ (17 %) au 31 mars 2015.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent « non audité »
Autres débiteurs non en souffrance	7 737 483 $	2 761 905 $
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	3 329 093 $	9 713 373 $
De 30 à 59 jours	1 136 722 $	1 333 876 $
De 60 à 89 jours	310 207 $	409 599 $
De 90 jours et plus	2 580 544 $	1 947 951 $
Sous-total	**7 356 566 $**	**13 404 799 $**
Sous-total	**15 094 049 $**	**16 166 704 $**
Provision pour créances douteuses	(1 283 552 $)	(1 524 466 $)
Total des autres débiteurs	**13 810 497 $**	**14 642 238 $**

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent « non audité »
Solde au début de la provision pour créances douteuses	1 524 466 $	1 150 415 $
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	39 709 $	472 458 $
Radiation	(261 842 $)	(120 881 $)
Montants recouvrés	(18 781 $)	22 474 $
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	**1 283 552 $**	**1 524 466 $**

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

De plus, l'article 269 de cette loi stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2016, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges à payer (sauf les déductions à la source et les charges sociales à payer), les intérêts courus à payer, les autres éléments de passif, les dettes à long terme et les passifs au titre des avantages sociaux futurs autres que la provision pour assurance-salaire.

Les conditions relatives aux emprunts temporaires sont présentées à la note 9.5.7. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme et à ses intérêts courus est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS. La provision pour avantages sociaux sera payée au cours du prochain exercice selon l'utilisation par l'employé. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 à 60 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent « non audité »
De moins de 6 mois	54 982 677 $	66 660 444 $
De 6 mois à 1 an :	815 363 $	3 777 206 $
De 1 à 3 ans :	984 080 $	1 344 503 $
De 3 à 5 ans :		
De plus de 5 ans :		6 048 $
Total des autres créditeurs	**56 782 120 $**	**71 788 201 $**

c. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix. L'établissement est exposé seulement au risque de taux d'intérêt.

d. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent « non audité »
Emprunts temporaires	72 697 640 $	73 132 360 $
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	-- $	24 407 $
Dettes à long terme	408 072 886 $	395 602 253 $
Total	**480 770 526 $**	**468 759 020 $**

Du montant des emprunts temporaires totalisant 72 697 640 $, un montant de 48 177 060 $ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05 %, alors que d'autres représentant 24 520 580 $ portent intérêt à un taux variable. Les intérêts sur des emprunts temporaires totalisant 48 177 061 $ sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 24 520 580 $ représente des emprunts dont les intérêts sont assumés par l'établissement. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

Du montant de la dette à long terme totalisant 408 072 886 $, la totalité représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux fixes. Les intérêts à taux fixes sur un montant de 401 239 435 $ sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 6 833 451 $ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

9.5.14 Obligations contractuelles

Échéances	Contrats de location-exploitation	Contrats d'approvisionnement de biens et services	Contrats RI-RTF-RNI	Contrats d'acquisition des immobilisations	Contrats relatifs aux autres transferts	Autres contrats	Total
2016-2017	8 480 037 $	16 090 530 $	61 431 497 $	8 942 191 $	27 860 148 $	832 063 $	**123 636 466 $**
2017-2018	7 102 102 $	4 450 174 $	18 281 543 $	88 086 $		749 372 $	**30 671 277 $**
2018-2019	6 270 904 $	2 938 747 $	16 891 153 $	11 251 483 $		700 000 $	**38 052 287 $**
2019-2020	4 964 821 $	1 863 188 $	16 244 410 $			625 731 $	**23 698 150 $**
2020-2021	2 272 057 $	1 078 143 $	15 474 242 $			546 446 $	**19 370 888 $**
2021-2026	5 561 257 $	2 603 617 $	47 839 092 $			1 794 829 $	**57 798 795 $**
2026-2031	0 $	13 952 $	868 080 $			452 954 $	**1 334 986 $**
2031-2036						71 099 $	**71 099 $**
Total	**34 651 178 $**	**29 038 351 $**	**177 030 017 $**	**20 281 760 $**	**27 860 148 $**	**5 772 494 $**	**294 633 948 $**

9.5.15 Éventualités

L'établissement fait l'objet d'une poursuite d'environ 9 500 000 $ en lien avec les travaux réalisés à l'urgence du secteur Alphonse-Desjardins. C'est un dossier complexe où plusieurs intervenants sont impliqués et qui devrait s'échelonner sur plusieurs années. La SQI a géré le budget pour ce projet et elle gère aussi le recours judiciaire. L'issu de la poursuite est à ce stade-ci indéterminable.

9.5.16 Opérations avec des parties apparentées

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange.

9.5.17 Chiffres comparatifs

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

9.6 L'équilibre budgétaire

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches termine l'année financière 2015-2016 avec un surplus de l'exercice de 9 577 192 $ en provenance du fonds d'exploitation pour un montant de 8 329 158 $ et du fonds d'immobilisations pour une somme de 1 248 034 $. Le CISSS de Chaudière-Appalaches a donc respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus globalement de même que pour chacun des fonds (exploitation et immobilisations).

9.7 Les contrats de services

Au cours de l'année financière 2015-2016, des contrats de service, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, ont été conclus tel que mentionné dans le tableau suivant :

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril et le 31 mars

	Nombre	Coût avant taxes	Coûts + TPS
Contrats de services avec une personne physique[1]	0	0	0
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	63	9 300 189 $	9 369 895 $
Total des contrats de services	63	9 300 189 $	9 369 895 $

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

10. État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Lors de la réalisation de ses différents mandats, l'auditeur indépendant peut émettre des réserves, commentaires et observations aux établissements. Lorsqu'il y a lieu, ces derniers prennent des mesures pour régler ou améliorer la problématique identifiée.

Le tableau ci-après doit être complété par les établissements publics et intégré à la page 140 du rapport financier annuel. Il vise à informer sur les différentes mesures appliquées pour régler ou améliorer les problématiques soulevées par le biais des réserves, observations et commentaires formulés par l'auditeur indépendant dans l'un des documents suivants :

- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières;
- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées;
- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres;
- Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant;
- Rapport à la gouvernance.

Pour compléter l'information requise, les établissements publics décrivent d'abord chaque réserve, observation et commentaire en précisant leur nature de la façon suivante :

- R : pour réserve
- O : pour observation
- C : pour commentaire

Ils ajoutent également l'année où la réserve, l'observation ou le commentaire a été formulé pour une première fois.

Puis, ils indiquent la ou les mesures appliquées ou inscrivent « aucune » si aucune disposition n'a été prise. Certaines réserves peuvent émaner du respect de directives spécifiques du Ministère, par exemple la comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) (anciennement la Société immobilière du Québec (SIQ)) à titre de contrats de location-exploitation au lieu de contrats de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Dans une telle situation, les établissements publics inscrivent : « aucune, car directive du MSSS ».

Finalement, les établissements mentionnent l'état au 31 mars de l'exercice de la problématique soulevée, ceci à l'aide d'un X dans la case appropriée :

- R : pour réglée
- PR : pour partiellement réglée
- NR : pour non réglée

Les établissements publics doivent reporter les réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant en 2012-2013 en plus d'indiquer les nouvelles réserves, commentaires et observations émises pour l'exercice en cours. De plus, il doit indiquer les mesures prises au cours de l'exercice 2013-2014. Ce tableau est également présenté dans le rapport annuel de gestion.

S'ils le jugent approprié, les établissements publics peuvent ajouter leurs commentaires au tableau pour assurer une meilleure compréhension de la situation.

État du suivi des réserves, commentaires et observations Formulés par l'auditeur indépendant						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20xx-20xx	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglée PR : pour partiellement réglée NR : pour non réglée			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Contrat de location d'immeuble conclu avec la SQI comptabilisé à titre de contrat de location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition.	**Centre jeunesse, Beauce, Thetford CRDP: Agence 2014-2015** **Alphonse, Montmagny : 2011-2012**	**R**	Ex. : CSSS de Beauce Ex. : CSSS de Montmagny Ex. : Thetford Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Ex. : Centre jeunesse Ex. : CRDP Ex. : Agence Aucune, car directive du MSSS			**NR**
La portion représentant 18 % des revenus de subvention de sociétés privées est transférée dans la société du Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis, ce qui contrevient aux règles du ministère de la Santé et des Services sociaux (« MSSS ») concernant les activités de recherche de l'établissement puisque ces revenus doivent être constatés dans les états financiers de l'établissement et doivent servir à défrayer les coûts indirects d'infrastructure de recherche.	**2011-2012**	**R**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			

Pour certaines subventions de sociétés privées, la portion de 70 % des revenus attribuables aux projets de recherche est versée directement aux chercheurs qui gèrent ces sommes à même leur propre société personnelle, ce qui constitue une dérogation aux règles du MSSS concernant les activités de recherche de l'établissement.	2011-2012	R	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			
Bien que l'établissement soit responsable d'énumérer aux pages 635-00 à 635-05 du rapport financier annuel toutes les informations en regard de ses obligations contractuelles, celui-ci n'a pas pris de mesures afin de s'assurer que toutes les obligations contractuelles soient présentées au rapport financier annuel. Étant donné l'impossibilité d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés concernant l'exhaustivité de ces informations, nous n'avons pu déterminer si les pages 635-00 à 635-05 du rapport financier annuel auraient dû faire l'objet d'ajustements à cet égard.	2012-2013	R	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins			NR
L'établissement n'a pas comptabilisé, au 31 mars 2014 et au 31 mars 2013, à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du gouvernement du Québec concernant des immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquelles des travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (Normes comptables canadiennes pour le secteur public) qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le CSSS Alphonse-Desjardins a satisfait aux critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'article 1.1 de la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01) énonce que la seule partie d'une subvention qui doit être comptabilisée est celle qui est exigible dans l'exercice du CSSS Alphonse-Desjardins et autorisée par le Parlement dans l'année financière du gouvernement du Québec, comme le prescrit la loi, les ajustements suivants, selon l'estimation établie, sont nécessaires afin que les états financiers du CSSS Alphonse-Desjardins respectent les Normes comptable canadiennes pour le secteur public.	2013-2014	R	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins			NR
Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP 3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec.	2013-2014	R	Ex. : CRDITED Cette recommandation sera suivie à même la réserve globale du SP 3410 du CISSS-CA.			NR
Également, les travaux d'agrandissement de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis capitalisés par le CSSS Alphonse-Desjardins aux immobilisations à l'état de la situation financière aux 31 mars 2015 et 2014 comprennent certains coûts supplémentaires reliés à la conception des plans et devis pour ce projet. Je n'ai pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés concernant l'évaluation des avantages économiques futurs qui se rattachent à l'ensemble des coûts de ce projet, car la direction n'a pas été en mesure d'effectuer cette analyse. Par conséquent, je n'ai pu déterminer le montant de la dévaluation devant être prise ainsi que les incidences sur les résultats, l'état de la situation financière et le solde de fonds du fonds d'immobilisation.	2014-2015	R	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins La dévaluation a été comptabilisée aux livres en 2015-2016.	R		

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées

CSSS de Beauce Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « Retraitement » du centre d'activité 6322 (unité de retraitement des dispositifs médicaux) ne sont pas valables. En effet, nous avons noté une divergence entre les données inscrites à la statistique versus le décompte réel physique. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire s'y rapportant du centre d'activité 6322 (unité de retraitement des dispositifs médicaux) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	**2011-2012**	**R**	Les outils de travail ont été simplifiés et un contrôle de qualité est fait par le gestionnaire. Cette contre validation permet de réduire considérablement les erreurs de saisie. Un fichier de travail avec des formules protégées est en cours de préparation.	**R**		
CSSS Alphonse-Desjardins Concernant l'unité de mesure « le retraitement » du sous-centre d'activité 6322 (Unité de retraitement des dispositifs médicaux – CLSC et CH), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : • A. Il y a eu inclusion des stérilisations rapides dans l'unité de mesure alors que le MGF spécifie que celles-ci ne doivent pas être compilées. Cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de surévaluer le nombre de retraitements. • B. Les retraitements effectués durant la première semaine de l'exercice n'ont pas été compilés. Cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de sous-évaluer le nombre de retraitements. • C. Le MGF spécifie que les retraitements de tous les CLSC doivent être compilés. Toutefois nous avons constaté qu'aucune donnée n'a été compilée pour 3 CLSC. La disponibilité des données de retraitement pour un CLSC a permis d'effectuer la correction pour celui-ci. L'unité de mesure demeure sous-évaluée due à l'absence des données de 2 CLSC. • D. Les stérilisations des endoscopes et des procédés à la vapeur ont été compilés en double. Par contre, suite à la communication de l'anomalie, toutes les données financières de l'exercice ont été revues et corrigées. • E. Le MGF prévoit que la direction conserve le détail des types d'emballage traités. Pour l'un de nos tests, aucune information relative au type d'emballage utilisé n'était disponible. Aucun impact sur le nombre de retraitements.	**2014-2015**	**R**	A. Les stérilisations rapides ne sont plus compilées. B. Les retraitements de la période 1 ont été compilés. C. La stérilisation ne se fait plus en CLSC depuis juin 2015. D. Une modification dans la compilation de la statistique a été faite afin d'inclure 1 ligne par retraitement. E. L'ajout d'une colonne dans le fichier de compilation a été faite afin de conserver l'information.	**E : R**	**B : PR**	**A : NR** **C : NR** **D : NR**
CSSS de Beauce Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives au « groupe A (recherche non administrative) » du centre d'activité 7532 (archives) ne sont pas valables. En effet, nous avons noté une divergence entre les données inscrites à la statistique versus le décompte réel physique. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire de « l'admission, la visite et l'usage » du centre d'activité 7532 (archives) présentée à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	**2011-2012**	**R**	Un fichier avec des validations a été créé permettant de s'assurer que seul les éléments pertinents sont calculés.	**R**		
CSSS des Etchemins Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « admission, visite, usager » du c/a 7532 (archives) présentent certaines irrégularités en lien avec les données des c/a 6870 et 6880 (physiothérapie et ergothérapie).	**2013-2014**	**R**	Un suivi rigoureux est fait par la coordinatrice des c/a 6870 et 6880 afin que les statistiques compilées par les professionnels soient adéquates.	**R**		

CSSS de Beauce Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « La semaine-étudiant » du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) ne sont pas valables. En effet, nous avons noté une divergence entre les données inscrites à la statistique versus le décompte réel physique. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire de l'unité de mesure du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	**2013-2014**	**R**	Aucune donnée pour l'exercice 2015-2016 n'est disponible étant donné qu'il y a une problématique majeure avec le système d'information.			**NR**
CSSS de Beauce Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives aux unités de mesure « Jours-soins et usagers » du centre d'activité 7090 (unité de médecine de jour – section PC cardio) ne sont pas valables, car il y a divergence entre les données inscrites à la statistique et le décompte physique réel. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7090 (unité de médecine de jour – section PC cardio) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	**2014-2015**	**R**	Les activités de PC Cardio ne sont plus compilées dans ce centre d'activités étant donné qu'elles ne respectent pas le MGF.	**R**		
CSSS Alphonse-Desjardins Concernant les unités de mesure « la visite » et « la visite de traitement ou d'urgence oncologique » du centre d'activité 7060 (Hémato-oncologie) et l'unité de mesure « l'usager » du centre d'activité 7090 (l'unité de médecine de jour), le CSSS Alphonse-Desjardins n'a pas été en mesure de nous produire des rapports supportant le nombre d'unités de mesure inscrit au rapport financier annuel pour que nous puissions exécuter nos travaux d'audit.	**2014-2015**	**R**	Les unités de mesure du 7060 ont changé, il s'agit maintenant d'addition de sous-centre d'activités pour l'unité B – l'usager. Des modifications dans l'extraction des données ont été faites et il est possible maintenant de déterminer le nombre d'usagers pour le 7090.	**R**		
CSSS Alphonse-Desjardins Concernant l'unité de mesure « le jour-soins » du centre d'activité 7090 (l'unité de médecine de jour), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : • A. Les suivis téléphoniques étaient compilés, alors que le MGF spécifie que les suivis téléphoniques ne doivent pas être inclus dans les jours-soins. L'importance de cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de surévaluer le nombre de jours-soins. • B. Plus d'un jour-soins par période de 24 heures a été compté alors que le MGF spécifie qu'un seul jour-soins par période de 24 heures doit être compilé. Cette anomalie a eu pour incidence de surévaluer de 2 le nombre de jours-soins pour la période financière testée. L'impact sur l'année financière n'a pu être déterminé.	**2014-2015**	**R**	A. La formule utilisée pour l'extraction des données ne contient pas les téléphones. B. Une modification a été faite dans la manière d'extraire les données et les jours-soins sont comptés de manière adéquate.	**A : R** **B : R**		
CSSS de Beauce Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives aux unités de mesure « la procédure » du centre d'activité 6605 (laboratoire cytologie) ne sont pas valables. En effet, nous avons noté que les statistiques inscrites au rapport financier annuel diffèrent des statistiques auditées. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 6605 (laboratoire cytologie) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	**2014-2015**	**R**	La gestionnaire en place s'assure que les rapports périodiques balancent avec le rapport cumulatif présenté au 31 mars.	**R**		
CSSS de Beauce L'unité de mesure « la semaine-étudiant » du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) n'est pas conforme aux exigences du manuel de gestion financière puisque le registre ne comprend pas les résidents. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire s'y rapportant du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	**2014-2015**	**R**	Les résidents doivent être compilés lorsqu'un coût leur ait attribué, ce qui n'est pas le cas pour 2015-2016.	**R**		

CSSS de Beauce L'unité de mesure « la visite » du centre d'activité 6240 (l'urgence) n'est pas conforme aux exigences du manuel de gestion financière puisque le registre compte la visite lors de la sortie du patient. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire s'y rapportant du centre d'activité 6240 (l'urgence) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	**2014-2015**	**C**	Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			
CSSS Alphonse-Desjardins Selon le MGF, l'usager doit être compilé une seule fois durant l'exercice pour l'établissement en entier. Étant donné que les numéros de dossier des usagers diffèrent pour chacune des installations du CSSS Alphonse-Desjardins, il est difficile pour la direction d'identifier qu'un même usager s'est présenté dans plusieurs installations durant l'exercice financier. Ainsi, il y a un risque d'une surévaluation potentielle, mais cet écart ne peut être quantifié. Les sous-centres d'activités visés sont ceux qui sont présents dans plus d'une installation ou pour lesquels le processus de compilation ne permet pas de repérer un même usager qui a utilisé les services dans plus d'un secteur différent : 6070 - Chirurgie d'un jour 6260 - Bloc opératoire 6390 - Service de pastorale 6531 - Aide à domicile régulière 6564 - Psychologie 6565 - Services sociaux 7081 - Soutien aux familles de personnes ayant une déficience physique 7082 - Soutien aux familles de personnes ayant une déficience intellectuelle 7083 - Soutien aux familles de personnes ayant un trouble envahissant du développement 7101 - Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches – Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement 7391 - Déplacement des personnes ayant une déficience physique 7392 - Déplacement des personnes ayant une déficience intellectuelle 7393 - Déplacement des personnes en hémodialyse	**2013-2014**	**R**				**NR**
CSSS Alphonse-Desjardins Concernant le sous-centre d'activités 6606 (Centres de prélèvements), nous avons constaté que les unités de mesure du Centre de prélèvements de l'Hôtel-Dieu de Lévis ne sont pas compilées adéquatement pour les raisons suivantes : • Les prélèvements non standards ne sont pas inscrits dans le système servant à la compilation de ces unités de mesure. Pour la période testée, les ajustements nécessaires pour ajouter ces prélèvements n'avaient pas été effectués. • Au niveau des hyperglycémies, même si cela implique plusieurs prélèvements, ils ne sont comptés qu'une seule fois dans le système. Ainsi, le nombre de procédures et de procédures pondérées présenté pour le sous-centre d'activités 6606 dans le rapport financier annuel est donc sous-évalué, mais les écarts n'ont pu être quantifiés.	**2013-2014**	**R**	Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			

CSSS Alphonse-Desjardins Concernant l'unité de mesure « nombre de repas » du sous-centre d'activités 7554 (Alimentation - autres) nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du Manuel de gestion financière (MGF) pour les raisons suivantes : • Il y a eu inclusion du nombre de repas servis aux nouveau-nés alors que ces coûts doivent être imputés à d'autres centres d'activités. Cette anomalie a eu pour incidence de surévaluer le nombre de repas de 328. • Le nombre de repas servis au Centre de jour n'a pas été inclus dans l'unité de mesure alors que le MGF exige de les inclure. Cette anomalie sous-évalue de 151 le nombre de repas. • Le nombre de repas servis aux visiteurs est erroné car le prix unitaire ayant servi au calcul du nombre de repas a été sous-évalué, ce qui surévalue le nombre de repas. Cette anomalie n'a pas été quantifiée. • L'unité de mesure « nombre de repas » est erronée, car l'établissement a utilisé un montant différent du prix demandé aux employés pour un repas afin de calculer le nombre de repas. Cette anomalie n'a pas été quantifiée mais cela a pour effet de surévaluer le nombre de repas.	**2013-2014**	**R**	Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			
CSSS des Etchemins Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives aux unités de mesure « participation » et « temps vécu-loisirs » du c/a 6890 (Animation - Loisirs) présentent des irrégularités.	**2013-2014**	**R**	Le calendrier est maintenant complété afin que les activités ne soient plus ponctuelles, mais formelles.	**R**		
CSSS Alphonse-Desjardins Pour le centre d'activités 6890 (Animation - Loisirs), l'examen analytique révèle une baisse importante pour l'unité de mesure « participation ». Selon le CSSS Alphonse-Desjardins, il y a effectivement un problème de sous-évaluation de l'unité de mesure mais aucune explication ne nous a été fournie.	**2013-2014**	**R**				**NR**
CSSS Alphonse-Desjardins Concernant les unités de mesure « la participation » et « le temps vécu-loisir » du centre d'activité 6890 (Animation – loisirs), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : • L'unité de mesure « le temps vécu-loisir » est erronée, car on n'a pas inclus le temps passé au transport des usagers avant et après l'activité. Cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de sous-évaluer le temps vécu-loisir. • L'unité de mesure « le temps vécu-loisirs » est erronée, car il y a eu erreur lors de l'inscription du temps passé par le résident à l'activité. On a inscrit 5 % au lieu d'inscrire 5 minutes. Cette anomalie a eu pour incidence de sous-évaluer de 5 minutes le temps vécu-loisir pour la période financière testée. L'impact sur l'année financière n'a pu être déterminé. • Les unités de mesure « le temps vécu-loisirs » et « la participation » sont erronées due à des erreurs d'addition. Ces anomalies ont eu pour incidence de surévaluer de 28 le nombre de participations et de sous-évaluer de 1 000 minutes le temps vécu-loisir pour la période financière testée. L'impact sur l'année financière n'a pu être déterminé. • Les unités de mesure « le temps vécu-loisirs » et « la participation » sont erronées, car on a inclus des activités qui n'étaient pas sous la supervision du service d'animation-loisirs. Cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de surévaluer le temps vécu-loisir et la participation.	**2014-2015**	**R**				**NR**

CSSS des Etchemins Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « jour-traitement » et « heures de prestation de services » des c/a 6870 et 6880 (physiothérapie et ergothérapie) présentent certaines irrégularités.	**2012-2013-2014**	**R**	Un suivi rigoureux sur la compilation des statistiques est fait par la coordinatrice. Les professionnels ont eu un rappel sur l'importance de la compilation de leurs interventions	**R**		
CSSS des Etchemins Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « kilogrammes » du c/a 7650 (gestion des déchets biomédicaux) présentent certaines irrégularités.	**2013-2014**	**R**	Une démarcation a été faite au 31 mars 2016, soit une pesée des KG de déchets biomédicaux.	**R**		
Centre jeunesse Unité de mesure de la buanderie et lingerie (c/a 7600) non compilée.	**2014-2015**	**O**	Le MGF ne mentionne pas qu'un Centre jeunesse doit compiler des unités de mesure pour ce centre d'activités.	**R**		
CSSS des Etchemins Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « kilogramme de linge propre » et « kilogramme de linge souillé » du centre d'activité 7604 (buanderie) présentent certaines irrégularités. En effet, nous avons noté une divergence entre les données inscrites à la statistique versus le décompte réel physique. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire s'y rapportant du centre d'activité 7604 (buanderie) présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé	**2014-2015**	**R**	Le fichier Excel utilisé a été corrigé. Une contre validation des données est faite afin de s'assurer que les données saisies sont les mêmes que celles de la facture du fournisseur. Il est maintenant possible de concilier les données envoyées au fournisseur avec ses factures.		**PR**	
CSSS Alphonse-Desjardins Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activité 4131 (Maladies infectieuses à déclaration obligatoire, les signalements et les éclosions), nous avons constaté que des interventions avaient été saisies avec le mauvais code de sous-programme et incluses dans ce sous-centre d'activité, alors qu'elles auraient dû être incluses au sous-centre 4133 (Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang). L'importance de cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de surévaluer le nombre d'usagers.	**2014-2015**	**R**	Un suivi a été fait avec les intervenants afin de s'assurer que la codification des interventions soit adéquate.		**PR**	
CSSS Alphonse-Desjardins Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activité 5939 (Services ambulatoires de santé mentale en première ligne (non réparti), nous avons constaté que des interventions avaient été saisies dans ce sous-centre d'activité alors qu'aucun trouble mental n'avait été diagnostiqué. L'importance de cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de surévaluer le nombre d'usagers.	**2014-2015**	**R**	Un suivi avec l'intervenant en question a été fait afin de s'assurer que l'intervention soit saisie dans le bon sous-programme.	**R**		
CSSS Alphonse-Desjardins Pour le sous-centre d'activités 6174 (soins infirmiers à domicile), malgré que des coûts soient comptabilisés, aucune unité de mesure n'est compilée. Ces coûts correspondent à des soins infirmiers prodigués à des usagers en CHSLD qui auraient dû être comptabilisés dans le sous-centre d'activités 6060 (soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie). Cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a pour effet de surévaluer les coûts du sous-centre d'activités 6174 et de sous-évaluer le coût unitaire du sous-centre d'activités 6060.	**2014-2015**	**R**				**NR**

Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant						
Les activités de recherche sous la responsabilité de l'établissement sont présentées dans une entité distincte (Le Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis) et ne sont pas consolidées aux états financiers de l'établissement.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins			**NR**
La portion représentant 18 % des revenus de subvention de sociétés privées est transférée dans la société du Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis, ce qui contrevient aux règles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concernant les activités de recherche de l'établissement puisque ces revenus doivent servir à défrayer les coûts indirects d'infrastructures de recherche et être présentés aux pages appropriées dans l'AS-471.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			

Pour certaines subventions de société privées, la portion de 70 % des revenus attribuables aux projets de recherche est versée directement aux chercheurs qui gèrent ces sommes à même leur propre société personnelle, ce qui constitue une dérogation aux règles du MSSS concernant les activités de recherche de l'établissement.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			
Des montants ne respectant pas les critères de report de revenus ont été inscrits au fonds d'exploitation pour un total de 165 597 $ relativement aux subventions provenant du privé. De plus, un compte à recevoir et un revenu reporté de 275 805 $ relativement aux subventions en provenance de sources gouvernementales ont été inscrits alors que les conditions d'admissibilité n'étaient pas remplies.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			
L'absence d'un registre comptable permanent des immobilisations ne permet pas le respect des principes directeurs sur les immobilisations.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins			**NR**
Non-conformité à la circulaire 2007-003 concernant les activités accessoires commerciales de GESTAC – autorisation de l'agence non obtenue pour l'octroi du contrat.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins			**NR**
Pour les non-conformités au MGF concernant les unités de mesure, voir l'annexe au rapport de l'auditeur – Unités de mesure et heures travaillées et rémunérées à la page 131-00.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins			**NR**
Le CSSS n'a pas été en mesure de fournir à la page 208-01, ligne 20 « autres renseignements pour le flux de trésorerie » la valeur des comptes à payer relatifs aux immobilisations.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins À compter de 2016-2017, le fonds d'immobilisation disposera de son propre auxiliaire de comptes à payer.	**R**		
Aucun suivi n'est fait par le CSSS pour s'assurer que les intérêts sur les sommes détenues en fiducie sont attribués à leur propriétaire.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins			**NR**
L'inscription des factures et des paiements, l'impression des chèques ainsi que la signature électronique sont faites par la même personne.	**2012-2013-2014**	**O**	Ex. : CSSS des Etchemins L'émission de paiements électroniques étant la méthode de paiement pour presque la totalité des factures, la personne qui émet les paiements n'a pas accès à l'inscription du compte bancaire d'un fournisseur. Cela se fait par une tierce personne. De plus, elle ne peut en aucun temps effectuer une modification au fichier généré par le logiciel qui est expédié à l'institution bancaire. Ainsi, elle ne peut pas non plus effectuer des changements au numéro de compte bancaire d'un fournisseur. Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			
CRDP : Compilation des unités de mesure Déplacement des usagers (7401) La Manuel de Gestion financière suggère que l'entité devrait tenir minimalement un registre des déplacements. Nos procédures d'audit ne nous ont pas permis de retracer un tel registre. Cependant, l'information peut être retracée par transactions individuelles au besoin.	**2014-2015**	**O**	Même si aucun registre de déplacement n'est disponible, il est possible de retracer les informations présentes dans le MGF sur le déplacement d'un usager.		**PR**	
Non comptabilisation des retenues sur contrats à payer pour le contrat de construction de l'édifice multifonctionnel pour un montant de 395 800 $. L'impact est une sous-évaluation des immobilisations et des créditeurs. L'erreur n'a aucun impact sur le surplus.	**2014-2015**	**O**	Ex. : Centre jeunesse Correction en 2015-2016.	**R**		
Un gain relatif à une éventuelle réclamation à l'entrepreneur pour les travaux de la chaufferie à la biomasse inscrit en 2014, non conforme aux Normes du Manuel de CPA Canada (554 680 $).	**2014-2015**	**O**	Ex. : CSSS de Montmagny Le gain éventuel e été radié aux livres 2015-2016	**R**		

De plus, une subvention du Ministère de l'Énergie et des Ressources naturelles pour la biomasse de 625 709 $ reçue en mai 2015 n'a pas été comptabilisée comme compte à recevoir et revenus reportés au fonds d'immobilisations en date du 31 mars 2015.	**2014-2015**	**O**	Ex. : CSSS de Montmagny Comptabilisation 2015-2016	**R**		
Significatif sur les états financiers : Le CSSS Alphonse-Desjardins n'a pas été en mesure d'effectuer l'évaluation des avantages économiques futurs qui se rattachent à l'ensemble des coûts capitalisés aux immobilisations relatif au projet d'agrandissement de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis, lesquels comprennent certains coûts supplémentaires reliés à la conception des plans et devis pour ce projet. Ainsi, le CSSS Alphonse-Desjardins n'a pas été en mesure de déterminer le montant de la dévaluation devant être prise ce qui, par conséquent, n'est pas conforme au point 6 de l'annexe F « Politique de capitalisation des immobilisations » des principes directeurs du MGF.	**2014-2015**	**O**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins La dévaluation a été comptabilisée aux livres en 2015-2016.	**R**		
Des sommes non utilisées pour des projets de recherche terminés sont conservées dans les revenus reportés dans le but de les utiliser dans d'autres projets, et ce, même s'il n'existe aucun document venant justifier ce report. Pour les projets de recherche en cours, des revenus sont reportés en fin d'exercice, et ce, même s'il n'existe pas d'entente précisant en quoi les sommes octroyées doivent être utilisées. Cela est non conforme à l'annexe H des principes directeurs.	**2014-2015**	**O**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			
Sans être significatif pour les états financiers : Trois hors cadres ont reçu durant l'année, une prime qui n'était pas conforme à l'article 40 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux. La prime de disponibilité (garde) qui a été versée est celle applicable aux cadres et cadres supérieurs. Le total de la rémunération reçue en trop est de 5 900 $.	**2014-2015**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Les calculs ont été revus.	**R**		
Rapport à la gouvernance						
Il n'y a pas de plan de relève ou de contingence qui couvre les systèmes informatiques.	**2011-2012**	**C**	Ex. : CSSS de Montmagny En continuité des travaux effectués au cours des dernières années, plusieurs plans de relève sont maintenant en place dont pour les systèmes de laboratoire, de pharmacie et de l'admission. Avec la réorganisation régionale du réseau de la santé et le projet DCI, un plan directeur régional sur la sécurité sera sûrement établi.		**PR**	
Les administrateurs du réseau effectuent des fonctions incompatibles.	**2011-2012**	**C**	Ex. : CSSS de Montmagny Considérant la grosseur de l'équipe en place, il est normal que les administrateurs du réseau effectuent des tâches diverses. En 2014-2015, nous avons spécialisé notre personnel, soit un au niveau des serveurs et l'autre, au niveau des projets.		**PR**	
Contrôle interne au département de la paie : Suite à notre travail d'audit, nous avons constaté qu'aucune description des processus et contrôles internes liées à la paie n'était disponible à l'interne. Nous jugeons qu'il serait important qu'un travail soit amorcé à ce niveau et ce, pour 2 raisons principales : 1 – S'assurer que les autorisations soient obtenues par les personnes appropriées ; 2 – Instaurer des contrôles informatiques dans la mesure du possible afin de limiter l'intervention humaine.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS de Thetford Élément qui sera traité au cours de l'exercice 2016-2017.		**PR**	
La direction devrait s'assurer de respecter les exigences du MSSS en regard de la comptabilisation des coûts indirects de recherche (référence : Annexe F du Manuel de gestion financière).	**2011-2012**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			

L'établissement devrait élaborer un registre des immobilisations et le tenir à jour, entre autres afin de pouvoir identifier et radier les immobilisations qui cessent d'être utilisées.	2011-2012	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins			NR
L'établissement devrait préparer des analyses plus complètes sur certains types de stocks afin d'être en mesure de mieux les évaluer ou de mieux corroborer les évaluations.	2011-2012	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins		PR	
La direction devrait appliquer la procédure requise uniformément pour les soldes avec les entités apparentées.	2011-2012	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins		PR	
Nous recommandons au CSSS-AD de mettre en place des procédures d'encadrement et d'approbation suffisantes pour la préparation des informations requises à la production du rapport financier annuel.	2013-2014	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Rédaction d'une procédure encadrant la préparation, le contrôle et la présentation des rapports financiers périodiques et annuels. Un processus a été mis en place en 2015-2016 pour les états financiers du CISSS-CA.	R		
Nous recommandons au CSSS-AD de revoir le fonctionnement du processus de compilation des obligations contractuelles afin de s'assurer de la qualité de l'information ainsi que de l'intégralité des obligations contractuelles présentées au rapport financier annuel.	2013-2014	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Une révision de la procédure de compilation des obligations contractuelles sera effectuée afin d'assurer l'intégralité et la qualité de l'information aux fins de comptabilisation et de présentation aux rapports financiers.			NR
Nous recommandons au CSSS-AD d'effectuer une analyse des contrats de location et comptabiliser ceux-ci dans le respect des exigences des NCCSP.	2013-2014	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Les entités autres que les contrats de location d'immeuble conclus avec la SQI, seront analysées et comptabilisées dans le respect des Normes comptables canadiennes pour le secteur public (NCCSP).			NR
Nous recommandons au CSSS-AD de s'assurer que les transactions inscrites aux revenus reportés soient suivies et documentées adéquatement.	2013-2014	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Une politique de capitalisation a été mise en place. La procédure encadrant la préparation, le contrôle et la présentation des rapports financiers périodiques et annuels, des processus de fin de périodes, jumelée avec la mise à jour du processus de comptabilisation et de contrôle du fonds d'immobilisations, permettra la répartition des revenus reportés en fonction de la source de financement.		PR	
Nous recommandons au CSSS-AD d'effectuer et documenter adéquatement le suivi des projets autofinancés afin d'établir les résultats attendus et le compte à recevoir de la réforme comptable du fonds d'immobilisations conformément aux directives du MSSS.	2013-2014	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Les correctifs nécessaires ont été apportés afin d'évaluer de façon adéquate le compte à recevoir de la réforme comptable du fonds d'immobilisations suite à notre anomalie. Le suivi des projets autofinancés du CISSS-CA est maintenant disponible au 31 mars 2016.	R		
Nous recommandons au CSSS-AD de revoir les divers processus et leurs accès informatiques afin de s'assurer d'une séparation adéquate des tâches incompatibles.	2013-2014	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Une réorganisation des tâches du service de la comptabilité a été effectuée. Une révision complète des accès informatiques des systèmes GRF, GRM, RIRTF et GRH a été effectuée afin d'assurer une séparation des tâches incompatibles adéquate.		PR	
Nous recommandons au CSSS-AD de mettre en place une procédure formelle, documentée et périodique de révision des codes inactifs et de droits d'accès, en fonction des responsabilités du personnel utilisateur pour le réseau et les applications.	2013-2014	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Le pilote GRF a mis à jour tous les accès et a radié les accès des comptes inactifs, mais trois accès inactifs étaient encore présents. Le service des technologies de l'information (RI) mettra à jour sa procédure de gestion des accès informationnels.			NR

Nous recommandons au CSSS-AD d'analyser et documenter la nature des sommes composant le solde interfonds.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins Une analyse de l'interfonds sera effectuée à chaque fin de période. À compter de 2016-2017, le fonds d'immobilisation du CISSS-CA disposera de son propre compte bancaire, limitant ainsi les transactions interfonds.			**NR**
CSSS des Etchemins Des activités spontanées (non planifiées dans l'horaire) ont été inscrites dans les statistiques alors qu'elles ne devraient pas l'être selon le Manuel de gestion financière.	**2014-2015**	**O**	Les activités sont maintenant inscrites dans le calendrier officiel.	**R**		
CSSS des Etchemins Kilogramme de linge souillé Pour l'unité de mesure « kilogramme de linge souillé » du centre d'activité 7604 (buanderie), nous avons constaté des erreurs de démarcation lors de la compilation.	**2014-2015**	**O**	Une pesée est faite au 31 mars afin de s'assurer d'une démarcation adéquate.	**R**		
Cycle des achats La vérification de la totalité des déboursés électroniques n'est pas effectuée pour toute les périodes. Une vérification par sondage a été établie pour certaines périodes.	**2014-2015**	**O**	Ex. : CSSS des Etchemins Nous recommandons d'effectuer une vérification de la totalité des déboursés pour toutes les périodes afin de s'assurer que les déboursés sont tous justifiés. Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			
Cycle des salaires La création et/ou modification des dossiers des employés dans le logiciel de la paie est accessible par un employé du traitement de la paie.	**2014-2015**	**O**	Ex. : CSSS des Etchemins Nous recommandons de bloquer l'accès aux dossiers des employés à tous les employés au traitement de la paie. Cette tâche doit être confiée à une personne indépendante du Service de la paie. Caduc, non significatif au niveau du nouveau CISSS.			
Nous avions recommandé au CSSS-AD de mettre en place un processus d'évaluation des passifs éventuels et des actifs découlant de litige afin d'assurer une comptabilisation et une présentation adéquate au rapport financier annuel.	**2013-2014**	**C**	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins La procédure encadrant la préparation, le contrôle et la présentation des rapports financiers périodiques et annuels fera aussi état de la procédure d'évaluation des éventualités et des litiges.		**PR**	
Nous recommandons au CSSS-AD de mettre en place des procédures annuelles afin d'évaluer et de documenter les dévaluations d'actifs à comptabiliser le cas échéant et d'analyser périodiquement les relevés fournis par la SQI afin d'établir si les coûts facturés sont capitalisables ou non.	**2014-2015**	**C**	À mettre en place un processus annuel d'analyse des dévaluations. Une analyse des informations fournies par la Société québécoise des infrastructures (SQI) sera effectuée périodiquement.			**NR**

11. Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est de 170 pour l'année 2015-2016.

Voici quelques actions réalisées par notre établissement afin d'obtenir le rapport financier et le rapport d'activités des organismes communautaires :

- Signature, pour tous les organismes, de la Convention de soutien financier 2015-2018 – dans le cadre du soutien financier à la mission globale des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux;
- Pour les organismes communautaires financés par entente spécifique ou projet ponctuel, une lettre d'allocation exprimant les exigences de reddition de comptes est transmise systématiquement à chacune des allocations ciblées par ces modes de financement;
- Lors de la demande annuelle d'aide financière par le formulaire d'admissibilité et de demande de soutien financier PSOC, le CISSS de Chaudière-Appalaches s'assure que chacun des organismes communautaires demandeurs possède la brochure PSOC du ministère de la Santé et des Services sociaux qui précise les exigences de reddition de comptes;
- Le CISSS de Chaudière-Appalaches rend disponible pour tous les organismes communautaires subventionnés la publication du ministère de la Santé et des Services sociaux en lien avec la reddition de comptes : La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale - Programme de soutien aux organismes communautaires;
- Avis pour tous les organismes communautaires subventionnés dans le cadre du PSOC rappelant les documents exigés pour la reddition de comptes et l'échéancier balisé par le PSOC;
- Mécanisme de suivi à la reddition de comptes auprès de tous les organismes communautaires subventionnés.

La subvention accordée à chacun des organismes communautaires subventionnés par le PSOC se trouve dans le tableau de la page suivante.

Soutien financier aux organismes communautaires par le programme de soutien financier (PSOC)		
ORGANISMES	**TOTAL 2014-2015**	**TOTAL 2015-2016**
Accueil Sérénité	42 189 $	54 371 $
Actions bénévoles communautaires diverses de St-Adalbert	15 358 $	15 512 $
Action jeunesse Côte-Sud	168 779 $	165 217 $
L'Adoberge Chaudière-Appalaches	321 569 $	324 785 $
Aide aux jeunes contrevenants de Beauce	191 257 $	193 170 $
Allaitement Québec	33 098 $	33 429 $
Alliance-jeunesse chutes chaud	162 546 $	123 976 $
L'Interface, organisme de justice alternative	219 836 $	222 034 $
Amalgame MDJ Ouest	174 849 $	174 161 $
Amies de Panet (Les)	16 820 $	16 988 $
Amies entraide St-Juste	14 536 $	14 681 $
L'Ancre, regroupement des parents et amis des pers. atteintes de maladie mentale	139 536 $	140 931 $
L'Arc-en-ciel, regroupement de parents et de personnes handicapées	301 157 $	304 168 $
Santé Mentale Québec - Chaudière-Appalaches	91 640 $	92 556 $
Association d'entraide communautaire La Fontaine	202 262 $	204 285 $
Association de la Fibromyalgie, région Chaudière-Appalaches	65 581 $	66 237 $
Association des personnes handicapées de Bellechasse	148 446 $	149 930 $
Association des personnes handicapées de la Chaudière	172 151 $	173 873 $
Association renaissance région des Appalaches	240 463 $	242 867 $
Association pour l'intégration sociale, région Beauce-Sartigan	177 421 $	200 027 $

Association de loisirs pour les personnes handicapées de L'Islet-Sud	92 708 $	93 635 $
Association des personnes handicapées de Lotbinière	192 399 $	194 323 $
L'Assiétée beauceronne	74 047 $	74 787 $
Association bénévole Beauce-Sartigan inc.	245 385 $	243 799 $
Association Horizon Soleil	100 690 $	101 697 $
Association des personnes handicapées de Levis inc.	415 472 $	431 051 $
Association de l'action volontaire Appalaches	253 836 $	252 337 $
Atelier occupationnel Rive Sud	64 029 $	81 373 $
Au Bercail de St-Georges	402 295 $	673 789 $
CALACS Chaudière-Appalaches inc.	321 454 $	340 586 $
Centre d'entraide communautaire bénévole de Montmagny	324 460 $	323 664 $
Centre parrainage de la jeunesse de Beauce	65 291 $	65 944 $
CAB - Bellechasse-Lévis-Lotbinière	401 240 $	460 695 $
CAB Beauce-Etchemin	218 822 $	218 970 $
CALACS À Tire-d'Aile	278 258 $	269 931 $
Carrefour des personnes aînées de Lotbinière	148 257 $	145 699 $
CAB Concert'Action	81 056 $	84 868 $
Centre aide et prévévention jeunesse de Lévis	74 613 $	75 359 $
Centre la Barre du jour	209 577 $	219 497 $
Centre communautaire Normandie inc.	104 252 $	105 295 $
Centre d'entraide de la région de Disraeli	49 899 $	50 398 $
Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins	95 672 $	96 629 $
Centre de vie de Bellechasse	44 862 $	45 311 $
Centre Domrémy des Appalaches	262 368 $	264 992 $
Centre d'entraide de la MRC Montmagny	6 236 $	6 273 $
Centre Ex-Equo	451 915 $	456 284 $
Centre-Femmes de Beauce	218 823 $	221 011 $
Centre-Femmes La Rose des Vent	200 533 $	202 538 $
Centre-Femmes l'Ancrage	189 504 $	191 399 $
Centre-Femmes «La Jardilec»	198 974 $	200 964 $
Centre-Femmes de Bellechasse	195 723 $	197 680 $
Centre-Femmes de Lotbinière	236 805 $	238 873 $
Centre de Stimulation L'Intercom	5 471 $	24 680 $
Le Cercle de l'amitié Cap St-Ignace	16 766 $	16 934 $
La Chaudronnée des cuisines collectives	69 039 $	59 629 $
La Chaudronnée du bel âge	25 373 $	25 627 $
L'Association des TCC des Deux-Rives	65 670 $	66 327 $
Le Club parentaide Beauce-Centre	13 502 $	13 614 $
Les Compagnes de l'entraide du Lac-Frontière	14 030 $	14 170 $
Le comptoir d'aide Le Fouillis	12 102 $	12 223 $
Comptoir le Grenier	208 105 $	210 186 $
Le Contrevent, pour l'entourage d'une pers. ayant un trouble majeur de santé mentale	250 831 $	253 339 $
Coup de pouce nourrice	8 383 $	8 467 $
La Croisée - Regr. de parents, amis de la pers. atteinte de maladie mentale - Appalaches	142 823 $	144 251 $
La Croisée des Chemins	238 507 $	229 820 $

Diabète Beauce-Etchemin Inc.	9 347 $	9 440 $
Entraide au masculin Côte-Sud	176 504 $	177 869 $
Entraide Pascal-Taché	79 461 $	80 256 $
Entraide solidarité Bellechasse	175 343 $	173 059 $
Espace Chaudière-Appalaches	156 864 $	158 433 $
L'Essentiel des Etchemins	68 648 $	69 334 $
L'Éveil, groupe d'entraide pour pers. atteintes de maladie mentale	163 473 $	165 108 $
Frigos Pleins	63 284 $	73 917 $
La Frontière	125 455 $	124 031 $
G.R.I.S. Chaudière-Appalaches	131 982 $	84 217 $
La Gitée Inc.	741 344 $	748 687 $
Grands Frères Grandes Sœurs des Appalaches	52 314 $	52 837 $
Groupe accompagnement Jonathan	136 280 $	59 732 $
Groupe d'Entraide Cancer et Vie	55 956 $	56 516 $
Groupe espérance et cancer	89 284 $	90 176 $
Le Havre des femmes	704 992 $	713 972 $
Hâvre L'Éclaircie inc.	757 229 $	764 671 $
Le Havre, gr. d'aide et d'entraide pour la pers. vivant avec un prob. de santé mentale	234 488 $	236 833 $
D'Hommes à Hommes inc.	144 574 $	146 020 $
Intervalle	338 267 $	340 377 $
La Jonction pour elle inc.	834 410 $	842 754 $
La Passerelle, gr. d'aide et d'entraide pour pers. vivant avec prob. de santé mentale	340 382 $	343 786 $
L'A-Droit Chaudière-Appalaches	195 775 $	170 591 $
L'Arche le Printemps inc.	581 953 $	587 773 $
Groupe bénévole Les coeurs ouverts Ste-Lucie-de-Beauregard	14 488 $	14 633 $
Lien-Partage inc.	212 753 $	210 841 $
Maison de la famille Lotbinière	31 869 $	29 323 $
Maison des Jeunes Robert-Cliche	75 243 $	75 995 $
Maison de la famille de Beauce-Etchemins	52 016 $	49 613 $
Maison de la famille de Bellechasse	34 679 $	29 762 $
Maison de la famille de la MRC l'Islet	26 534 $	26 777 $
Maison de la famille Nouvelle-Beauce	17 405 $	17 557 $
Maison de la famille Chutes Chaudiere	2 447 $	2 447 $
Maison de la famille Rive-Sud	2 447 $	2 447 $
Maison des jeunes Azymut Est*Ouest	64 258 $	64 901 $
Maison des jeunes Charny	105 252 $	106 304 $
Maison des jeunes Défi-Ados	80 118 $	80 919 $
Maison des jeunes Lac Aylmer	29 623 $	29 919 $
Maison des jeunes Olivier Etchemins	87 733 $	88 610 $
Maison des jeunes St-Etienne-Lauzon	73 527 $	74 262 $
Maison des jeunes St-Jean Chrysostome	51 075 $	51 586 $
Maison des jeunes de St-Michel Bellechasse	50 000 $	50 000 $
Maison des jeunes de Thetford Mines	82 530 $	111 528 $
Maison de la famille R.E.V.	59 209 $	104 186 $
Maison des ainés de Lévis	81 805 $	78 583 $

Maison des jeunes de Montmagny	65 341 $	72 733 $
Maison des Jeunes St-Henri	69 682 $	70 379 $
Maison des jeunes Utopie	78 439 $	69 123 $
Maison des jeunes St-Raphael	47 346 $	47 819 $
La Maison du Tournant Inc.	277 083 $	279 854 $
Maison des jeunes Beauce-Sartigan	226 770 $	229 038 $
Maison des jeunes d'East Broughton	31 949 $	32 268 $
Maison des jeunes Frontières Sud	73 996 $	74 736 $
Maison l'Odyssée Jeu Alcool Drogue	382 818 $	386 646 $
MDJ de L'Islet-Nord	76 552 $	77 318 $
Mesure alternative jeunesse Frontenac inc.	188 195 $	190 077 $
Moisson Beauce Inc.	121 752 $	119 679 $
Le Murmure, gr. d'entraide de pers. ayant ou ayant eu un prob. de santé mentale	177 485 $	179 260 $
Les Nouveaux sentiers MRC L'Islet	137 461 $	138 836 $
Nouvel Essor	295 493 $	294 408 $
L'Oasis Lotbinière inc.	191 784 $	193 701 $
Ouvre ton coeur à l'espoir	28 013 $	28 293 $
Parentaime Maison de la famille des Etchemins	18 101 $	15 982 $
Partage masculin-Beauce	197 033 $	199 003 $
Personne handicapée en action de la Rive-Sud	207 016 $	209 086 $
Popote roulante des Aulnaies	14 548 $	14 694 $
Popote roulante l'Islet	28 763 $	29 051 $
Présence Lotbinière	40 570 $	51 686 $
Regroupement des proches aidants de Bellechasse	101 959 $	102 978 $
Projet M.D.J. St-Isidore	36 945 $	37 314 $
Aux Quatre vents, gr.d'entraide pour pers. en difficulté psychologique ou psychiatrique	263 378 $	266 012 $
Le Rappel, gr. D'entraide de pers. atteintes d'une maladie mentale	269 352 $	272 046 $
Regroupement des Association de Pers. Handicapées rég. Chaudière-Appalaches	30 000 $	39 258 $
Regroupement des jeunes de Lotbinière	86 107 $	86 968 $
Regroupement des pers. aidantes de Lotbinière	101 026 $	102 036 $
Regroupement des pers.handicapées physiques de la région de Thetford	98 173 $	99 155 $
Réhabilitation de Beauce inc.	389 494 $	393 375 $
Re-lait Montmagny-L'Islet	8 500 $	16 585 $
La Rencontre, gr. d'entraide pour pers. atteintes de maladie mentale	188 851 $	190 739 $
Réseaux d'Entraide Appalaches	115 580 $	113 497 $
Resspurce alternative des jeunes de Bellechasse	70 274 $	70 977 $
Ressource le Berceau Inc.	208 604 $	210 641 $
Ressources-Naissances	106 926 $	260 012 $
La Ruche de St-Romuald	70 849 $	71 557 $
S.O.S. Onde amitié	82 516 $	83 341 $
Service d'entraide de St-Jean-Chrysostome	73 486 $	74 241 $
Service d'entraide de Bernières-St-Nicolas	50 216 $	50 718 $
Service d'entraide de Charny	75 472 $	71 177 $
Service d'entraide de Pintendre	59 558 $	65 155 $
Service d'entraide de St-Etienne	51 491 $	52 006 $

Service d'entraide de St-Lambert	49 554 $	50 050 $
Service d'entraide de St-Rédempteur	52 273 $	52 795 $
Service d'entraide de St-Romuald	52 771 $	53 298 $
Service d'entraide de Breakeyville	113 587 $	122 223 $
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec	114 347 $	156 452 $
Le Sillon, regroupement des parents et amis de la pers. atteinte d'une maladie mentale	225 595 $	227 851 $
Société Alzheimer Chaudière-Appalaches	341 566 $	344 992 $
La Société Grand Village inc.	79 938 $	77 587 $
Société de réadaptation et d'intégration communautaire (SRIC)	831 501 $	839 816 $
Stan-Jeunes	5 000 $	4 500 $
Table régionale des organismes communautaires de Chaudière-Appalaches (Trocca)	155 867 $	162 426 $
La Tournée marmitons de Montmagny	14 527 $	14 672 $
Le Trait d'Union, gr. d'entraide pour pers. ayant des troubles de santé mentale	277 879 $	280 658 $
Table régionale des organismes communautaires actifs en santé mentale (TROCASM)	12 272 $	12 395 $
Vie-Amitié-Partage	13 812 $	13 950 $

ANNEXE

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

NUMÉRO : REG-CA2016-007

Préparé par : *Le ministère de la Santé et des Services sociaux*	**Référence :** *Loi sur le ministère du conseil exécutif (chapitre M-30)*
Recommandé par : *Le comité de gouvernance et d'éthique,* *le 27 janvier 2016* ***Adopté par :*** *Le conseil d'administration* **Résolution numéro : 2016-03-10.1**	**En vigueur :** *Le 27 janvier 2016* **Révisé:**

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 3

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 4

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 7

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS 10

Section 4 — APPLICATION 12

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 17

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 18

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 19

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 20

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 21

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts 22

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 23

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

LSSSS : *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[1].

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

[1] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assure la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.*
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.

- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

SECTION 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;
b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du - _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

_____ _____

Nom du commissaire à l'assermentation **Signature**

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du _____ due aux faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____
_____
_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____
_____
_____

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

www.cisss-ca.gouv.qc.ca

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec